

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ANA MARIA COSVOSKI ALEXANDRE

**A REDE SOCIAL DE APOIO ÀS FAMÍLIAS PARA A PROMOÇÃO DO
DESENVOLVIMENTO INFANTIL: POTENCIAL PARA A PRÁTICA DE
ENFERMAGEM**

CURITIBA

2010

ANA MARIA COSVOSKI ALEXANDRE

**A REDE SOCIAL DE APOIO ÀS FAMÍLIAS PARA A PROMOÇÃO DO
DESENVOLVIMENTO INFANTIL: POTENCIAL PARA A PRÁTICA DE
ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração – Prática Profissional de Enfermagem na linha de pesquisa Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Verônica de Azevedo Mazza

CURITIBA

2010

FICHA CATALOGRÁFICA

Alexandre, Ana Maria Cosvoski

A rede social de apoio às famílias para promoção do desenvolvimento infantil: potencial para a prática de enfermagem / Ana Maria Cosvoski Alexandre. Curitiba, 2011.

163 f. : il. ; 30 cm.

Orientadora: Verônica de Azevedo Mazza

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de Concentração: Prática Profissional de Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

1. Promoção da saúde. 2. Apoio social. 3. Desenvolvimento infantil. 4. Enfermagem da família. I. Título. II. Mazza, Verônica de Azevedo.

NLM : WY 100

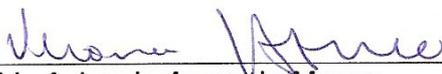
TERMO DE APROVAÇÃO

ANA MARIA COSVOSKI ALEXANDRE

A REDE SOCIAL DE APOIO ÀS FAMÍLIAS PARA A PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL: POTENCIAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

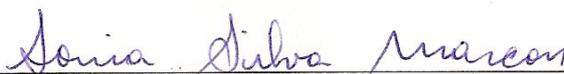
Dissertação aprovada como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, Área de Concentração Prática Profissional de Enfermagem, na linha de pesquisa Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora:



Prof.^a Dr.^a Verônica de Azevedo Mazza

Presidente da banca: Universidade Federal do Paraná - UFPR



Prof.^a Dr.^a Sônia Maria Marcon

Membro Titular: Universidade Estadual de Maringá



Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Mantovani

Membro Titular: Universidade Federal do Paraná

Curitiba, 14 de dezembro de 2010

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho

À minha mãe Anastásia (in memoriam)

*Ao meu esposo Willian José Alexandre,
principal elemento de minha rede social,
fonte inesgotável de apoio na busca de sonhos.*

AGRADECIMENTOS

Concluir esta etapa representa não só o fim de uma tarefa extensa e dedicada, mas sim parte do caminho percorrido numa paixão desenfreada pela busca de conhecimento e aperfeiçoamento pessoal e profissional. Caminho que percorri acompanhada de pessoas importantes da minha rede social de apoio.

A esta rede significativa, extensa, complexa, densa, intensa e multifacetada, quero agradecer:

Ao meu esposo Willian, pelo amor e paciência expressos nas adversidades deste caminho.

À minha família, pai Mario, mãe Anastásia (in memoriam), irmãs Mariana e Silvana, em especial, à minha sobrinha e afilhada Gabriela.

Às colegas do mestrado Débora Fegadoli, Tatiana Brussamarelo e Ana Paula Herman, por compartilharem comigo várias etapas desta fase. Em especial as amigas Márcia Daniela Seima e Elis Martins Ubrich, pelo vínculo de confiança e fortalecimento dos laços de uma amizade verdadeira.

À Universidade Federal do Paraná, por oportunizar minha formação profissional e possibilitar esta etapa de aperfeiçoamento.

Ao Programa Pós-Graduação, pela busca constante de aperfeiçoamento e qualidade nas atividades prestadas.

Ao Grupo de pesquisa Gefased, pelas contribuições contínuas neste trabalho. Em especial às bolsistas Vanessa Aparecida Bida Tallmann, Eline Pereira dos Santos, Thalita Ribeiro de Moraes e Lívia Perisse Baroni, pelas contribuições na transcrição das fitas e organização das referências.

À Professora Dr.^a Verônica de Azevedo Mazza, por aceitar o desafio da primeira orientação de mestrado, pelos ensinamentos científicos e pessoais neste caminho marcado por grandes crescimentos e conquistas.

Às professoras da Escola de Enfermagem da USP, Maria De Lá Ó Veríssimo Ramalho e Magda Rezende, pelas contribuições na disciplina de Representações sobre Criança e o Cuidado Infantil, da qual participei como aluna especial.

Às professoras doutoras Maria de Fátima Mantovani, Mariluci Alves Maftum e Aida Peres Maris, pelas imprescindíveis contribuições por ocasião da banca de qualificação.

Às professoras doutoras Maria de Fátima Mantovani, Mariluci Alves Maftum, Sônia Maria Marcon e Cláudia Viera Silveira, pelo aceite em compor a banca para a sustentação deste trabalho.

Às famílias, sujeitos desse estudo, pela acolhida e participação imprescindíveis à realização deste trabalho.

Aos agentes comunitários de saúde e enfermeiros das unidades de saúde onde desenvolvi o projeto, pela acolhida, disponibilidade e companhia nas visitas às famílias.

Ao Programa de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – Reuni, pelo financiamento.

E a Deus, companheiro incondicional e imprescindível, que me proporcionou contar com pessoas especiais e fundamentais na conquista desta etapa.

*“Qualquer caminho é apenas um caminho e não constitui insulto algum –
para si mesmo ou para os outros –
abandoná-lo quando assim ordena o seu coração. (...)
Olhe cada caminho com cuidado e atenção.
Tente-o tantas vezes quantas julgar necessárias...
Então, faça a si mesmo e apenas a si mesmo uma pergunta:
possui esse caminho um coração?
Em caso afirmativo, o caminho é bom.
“Caso contrário, esse caminho não possui importância alguma.”*

Carlos Castañeda, *The Teachings of Don Juan*
(Os Ensinamentos de Dom Juan).

RESUMO

ALEXANDRE. A.M.C. **A rede social de apoio às famílias para a promoção do desenvolvimento infantil: potencial para a prática de enfermagem.** 2011. 166 f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade Federal do Paraná, Curitiba. Orientadora: Prof^a. Dr^a. Verônica de Azevedo Mazza.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com método descritivo, cujos objetivos são descrever a rede social de apoio às famílias para a promoção do desenvolvimento infantil, na perspectiva das famílias e identificar a atuação da rede social de apoio às famílias para a promoção do desenvolvimento infantil. O estudo foi realizado em um município da região metropolitana de Curitiba em três unidades de saúde com Estratégia de Saúde da Família que apresentavam o maior número de crianças entre zero e cinco anos na sua área de abrangência. A coleta das informações ocorreu no período de outubro de 2009 a fevereiro de 2010. Participaram da pesquisa 85 representantes de famílias que possuem crianças entre zero e cinco anos e residem na área de abrangência das três unidades de saúde. Os dados foram coletados pelas técnicas de entrevista semiestruturada, realizada com as 85 famílias e três sessões de grupo focal, das quais participaram 19 das 85 famílias entrevistadas, e analisados segundo análise de conteúdo temática. Para descrição e tratamento dos resultados, utilizou-se o Mapa Mínimo de Relações (MMR), que propõe o mapeamento da rede por meio de quatro tipos de relações e três graus de proximidade.. As duas categorias que emergiram foram nominadas: rede social de apoio às famílias, subdividida em Rede Social Familiar, Rede Social de Amizade, Rede Social Comunitária e Rede Social de Trabalho e Estudo, conforme MMR; e Atributos relacionais da rede social de apoio às famílias. Os resultados permitiram descrever a rede social de apoio às famílias para a promoção do desenvolvimento infantil como uma rede numerosa e heterogênea, com diferentes gerações e gêneros, que se encontram distribuídos no MMR por meio de relações com maior e menor grau de compromisso, além das relações ocasionais, estando concentrados nas relações familiares e comunitárias. Destacam-se como elementos de apoio da Rede Social Familiar o gênero feminino, vinculados aos parentes maternos, e a terceira geração; e na Rede Social Comunitária, a presença de diferentes setores, como saúde e social; instituições como unidades de saúde, igrejas; profissionais enfermeiros, médicos e agentes comunitários de saúde; além de programas governamentais; e nas relações de Trabalho e Estudo, enfatizam-se as instituições educacionais. Os diversos tipos de apoio que a rede social propicia às famílias influenciam diretamente no cuidado às crianças e na promoção do desenvolvimento infantil, diferenciados de acordo com os arranjos familiares, a presença ou ausência do fator migração, a composição da rede, além do tipo de relação que as famílias estabelecem com seus componentes. O reconhecimento desta rede e a incorporação da dimensão da rede social na prática profissional de enfermagem possibilitam aos profissionais observar os diversos processos que permeiam o desenvolvimento infantil e enriquecer sua visão multidimensional e seu potencial de ação junto às famílias na busca do cuidado integral e na promoção do desenvolvimento infantil saudável, tão importante no processo de desenvolvimento humano.

Palavras-Chave: Promoção da Saúde. Apoio social. Desenvolvimento infantil. Família. Enfermagem.

ABSTRACT

ALEXANDRE, A.M.C. **The social network to support families for promotion of child development: potential for nursing practice.** 2011.xxx p. Dissertation (Nursing Master's Degree) – Federal University of Paraná, Curitiba/Brazil. Advisor: Prof. Verônica de Azevedo Mazza, PhD.

It is a qualitative research study with a descriptive approach which objectifies to describe the social network to support families for promotion of child development under family perspective and identify the performance of the social network to support families for promotion of child development. The study was carried out in a municipality from the Metropolitan Area of Curitiba/ Parana State, Brazil in three health units with Family Health Strategy which entailed the highest number of children ranging zero to five years of age within their coverage areas. Data collection was held from October/2009 to February/2010. Eighty-five (85) family representatives having children between zero and five years and residents within the coverage area of the three health units, participated in the research. Data were gathered by means of the semi-structured interview techniques, held with the 85 families and three sessions of focus group when 19 out of the 85 interviewed families attended and analyzed according to thematic content analysis. Minimal Map of Relationships (MMR) which proposes network mapping by means of four relationship types and three closeness degrees, was used for result description and treatment. The two emerging categories were named as follows: social network to family support, subdivided in Social Family Network, Social Friendship Network, Social Community Network and Social Labor, Study Network, according to the MMR as well as Relational Attributes of the social network to family support. The results enabled to describe the social network of family support for promotion of child development as a large and heterogeneous network encompassing different generations and genders, distributed in the MMR by means of relations with smaller or bigger degree of commitment besides occasional relations concentrated on family and community relationships. Elements of support to the Social Family Network can be pointed out as the female gender among the mothers' relatives and the third generation; and in the Social Community Network, the presence of different sectors such as social and health ones; institutions like health units, churches; nurse professionals, doctors and community health agents besides governmental programs; and in the Labor, Study relations, educational institutions are pointed out. The several types of support made available by the social network to families directly influence child care and the promotion of child development, differing by family arrangements, presence or absence of the migration factor, the network composition, and additionally, the kind of family relationships among their members. The recognition of this network as well as the incorporation of the dimension of the social network in professional nursing practice enable professionals to observe the several processes that permeate child development, and enlarge their multidimensional view as well as their potential to action along with families in the pursuit for full caring and promotion of healthy child development, significant in the process of human development.

Key words: Health Promotion. Social support. Child development. Family. Nursing.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – SISTEMA DE REDES.....	36
FIGURA 2 – FIGURA 2 – ORGANOGRAMA DA DIVISÃO TERRITORIAL DAS UBS CONFORME DISTRITO, ÁREAS E MICROÁREAS.....	59
FIGURA 3 – MAPA MÍNIMO DE RELAÇÕES.....	63
FIGURA 4 – ELEMENTOS DA REDE SOCIAL DE APOIO ÀS FAMÍLIAS PARA A PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL.....	73
FIGURA 5 – GRAU DE COMPROMISSO ENTRE FAMÍLIAS E ELEMENTOS DA REDE SOCIAL DE APOIO À PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL.....	123

LISTA DE SIGLAS

Sigla	Descrição
ACS	– Agente Comunitário de Saúde
CRAS	– Centro de Referência de Assistência Social
ESF	– Estratégia Saúde da Família
IDI	– Índice de desenvolvimento infantil
MMR	– Mapa Mínimo de Relações
PET-saúde	– Programa de Educação pelo trabalho para a Saúde
PSF	– Programa de Saúde da Família
UBS	– Unidade Básica de Saúde
UFPR	– Universidade Federal do Paraná

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 OBJETIVOS.....	18
2 REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1 A CRIANÇA E O DESENVOLVIMENTO INFANTIL.....	19
2.2 CUIDADO À CRIANÇA NA PRIMEIRA INFÂNCIA: FAMÍLIA, ESTADO E SOCIEDADE.....	23
2.3 AS REDES SOCIAIS.....	32
2.4 AS REDES SOCIAIS: POTENCIAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM.....	49
3 METODOLOGIA	55
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	55
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	56
3.2.1 Perfil do município.....	57
3.3 SUJEITOS DA PESQUISA.....	58
3.4 COLETA DE DADOS.....	60
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	64
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	66
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	68
4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS.....	68
4.2 REDE SOCIAL DE APOIO ÀS FAMÍLIAS.....	72
4.2.1 Rede Social Familiar.....	81
4.2.2 Rede Social de Amizade.....	95
4.2.3 Rede Social Comunitária.....	98
4.2.4 Rede Social de Trabalho e Estudo.....	116
4.3 ATRIBUTOS RELACIONAIS DA REDE SOCIAL DE APOIO ÀS FAMÍLIAS.....	122
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	140
REFERÊNCIAS	144
APÊNDICES	158
ANEXOS	164

1. INTRODUÇÃO

O cuidado à saúde da criança na atenção básica tem impacto positivo na redução dos índices de mortalidade infantil de países em desenvolvimento, mesmo que ainda se mostrem insatisfatórios e inadmissíveis, frente aos recursos tecnológicos existentes atualmente. No ano de 2006, registrou-se queda mundial no número de mortes anuais de crianças menores de cinco anos, num total de 9,7 milhões, o que representa queda de 60% na taxa de mortalidade infantil desde 1960. Todavia, considera-se inadmissível a morte de 9,7 milhões de crianças ao ano, principalmente considerando que muitas dessas mortes poderiam ser evitadas (UNICEF, 2008a).

Nas Américas, o Brasil é o país que possui a maior população infantil até seis anos de idade, que representa 11% de toda a população brasileira. No entanto, os dados socioeconômicos apontam que a maioria das crianças na primeira infância, aproximadamente 11,5 milhões, ou 56% encontra-se em situação de pobreza, vivendo com famílias cuja renda mensal está abaixo de $\frac{1}{2}$ salário mínimo *per capita* por mês (IBGE, 2006). Esta situação influencia diretamente nos índices de mortalidade infantil.

Segundo a Fundação das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2009), a cada ano cerca de quatro milhões de recém-nascidos morrem antes de completar 28 dias de vida, e nos países em desenvolvimento o risco de uma criança morrer é 14 vezes maior que em um país desenvolvido.

A taxa de mortalidade de crianças menores de cinco anos no Brasil caiu de 13 milhões em 1990 para 9,2 milhões em 2007, todavia o país ainda se encontra entre os 60 países considerados pelo Unicef com o registro do maior número de mortes infantis em 2005 (UNICEF, 2008b). Neste sentido, ressalta-se a importância do cuidado integral à saúde da criança na primeira infância, que tem influência no sucesso escolar, no desenvolvimento da resiliência e autoestima, na formação de relações e autoproteção, visando à sua independência (UNICEF, 2008b).

Para manter a queda na taxa de mortalidade infantil, será necessário um trabalho intenso em prol de maior cobertura e melhoria de serviços de saúde às crianças e mães, além de melhorias nas condições socioeconômicas

das populações mais carentes diante do fomento de políticas públicas no país (UNICEF, 2008a).

Neste aspecto, o Índice de Desenvolvimento Infantil (IDI) auxilia na expressão das condições de vida da primeira infância, composto por quatro indicadores básicos que têm relação direta com as causas ou problemas que afetam o desenvolvimento infantil, entre eles: nível de escolaridade dos pais de crianças menores de seis anos; cobertura vacinal em crianças menores de um ano de idade; e cobertura pré-natal de gestantes e crianças matriculadas na pré-escola (UNICEF, 2008b).

O Estado do Paraná também apresenta índices positivos, porém não satisfatórios. Em relação ao registro civil de crianças até um ano de idade, apresentou redução importante nas últimas décadas, chegando a zero por cento em 2006. Apresenta índice de desnutrição de 1,4%, abaixo da média nacional de 3,5%. A taxa de mortalidade na infância também está abaixo da média, 29,9%, com índice de 22,3 por mil nascidos vivos. O IDI chegou a 0,776 em 2006, acima da média nacional (UNICEF, 2008b).

Porém as disparidades ainda são significativas, sendo que crianças pobres têm mais do que o dobro de chances de morrer do que as ricas; muitas crianças têm seus direitos negados diante do subregistro de nascimento, o que correspondeu a 12,7% das crianças em 2006; o acesso a educação infantil é precário, pois dos 11 milhões de crianças com menos de três anos, apenas 15,5% (1,7 milhão) frequentam creches; e aproximadamente 24% das crianças entre quatro e seis anos não estavam matriculados em pré-escolas no ano de 2006. A desnutrição também preocupa, pois ainda existem cerca de 60 mil crianças com menos de um ano de idade desnutridas no país (UNICEF, 2008b).

As intervenções realizadas para a promoção do desenvolvimento infantil pautam-se na concepção do executante. Esta concepção pode ser individualizada, ou seja, determinada pela genética e independente das potencialidades individuais, ou então ambientalista, na qual se considera que o ambiente molda o indivíduo. Porém, ambas as visões são reducionistas, pois se sabe hoje que a herança genética e o ambiente são fatores provenientes da natureza, mas que o desenvolvimento e aprendizagem humanos dependem das interações entre natureza e ambiente de cuidado. Isto faz a concepção de

desenvolvimento infantil ser complexa, excedendo os cuidados biológicos de saúde (VERÍSSIMO, 2002).

A abordagem tradicional realizada pela saúde quanto ao desenvolvimento infantil se centra na ampliação de escalas de desenvolvimento neuropsicomotor, direcionadas ao desempenho da criança, privilegiando a identificação de desvios que representam atrasos e riscos, isto é, focando no problema já instalado (CHIESA; VERÍSSIMO; FRACOLLI, 2009). Em contrapartida, a abordagem atual entende que os principais componentes do processo de desenvolvimento da criança são as oportunidades de exercitar suas habilidades e relações interpessoais. Assim, a compreensão das características e necessidade da própria infância, provenientes do processo de desenvolvimento, cria oportunidades seguras para atender a tais necessidades e condições para um desenvolvimento infantil saudável (CHIESA; VERÍSSIMO; FRACOLLI, 2009).

Para prestar cuidado integral à Saúde da Criança, é preciso reconhecer as condições de saúde das famílias, espaço de vida e cuidado e os recursos disponíveis para contribuir na saúde e desenvolvimento de seus membros (SERAPIONI, 2005).

Nesta perspectiva, têm-se as redes sociais de apoio, conceituadas como “[...] conjunto de seres com quem interagimos de maneira regular, com quem conversamos, com quem trocamos sinais que nos corporizam, que nos tornam reais” (SLUZKI, 1997, p. 15). Estas redes podem responder à necessidade das famílias no intuito de promover a melhoria da qualidade de vida e redução da mortalidade infantil por meio da promoção do desenvolvimento infantil (SOLYMOS, MARICONDI, SOARES, 2009).

Fazem parte desta rede, a família, considerada o primeiro ambiente de socialização das crianças, conceituada por Elsen *et al.* (1992), que apresenta aspectos amplificados e coerentes com a realidade sobre a qual se deseja estudar. As autoras consideram família uma união dinâmica, constituída de pessoas unidas por laços consanguíneos de adoção, afetividade ou interesse, que se percebem como família pela identidade própria que possuem e por transmitirem crenças, valores e conhecimentos comuns. São pessoas que convivem num determinado espaço de tempo, estrutura e organização, com direitos, responsabilidades por meio de interações interpessoais, visam a

objetivos comuns, promovendo meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar de seus membros e constroem juntos uma história de vida (ELSEN¹ *et al.*, *apud* STAMM; MIOTO, 2003).

A identificação da rede social de apoio às famílias para a promoção do desenvolvimento infantil pode favorecer a articulação dos elementos da rede de apoio, a fim de alcançar ações integrais de cuidado (RIBEIRO, 2005).

Neste sentido, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) pode representar espaço para atuação dos profissionais de saúde, que podem auxiliar as famílias na conexão entre os diferentes membros da rede social pessoal, pois estabelece ligação com vizinhos, familiares e lideranças comunitárias. Assim podem incentivar a inserção de novos membros à rede das famílias, valorizando o apoio e incorporando estas práticas sociais às ações de saúde (RIBEIRO, 2005).

A família também é reconhecida pelos profissionais como elemento com potencial significativo de cuidado à criança, baseado nas atividades de proteção e ajuda que proporciona a seus membros e que, por meio dessas ações, a família assume o papel central de provedor de cuidado informal (SERAPIONI, 2005). Todavia reconhecem também que sozinha a família não é capaz de responder às necessidades de saúde das crianças, desta forma precisa de recursos da comunidade, de organizações sociais e do Estado para minimizá-las ou solucioná-las.

A visão da existência de integração entre família, comunidade e Estado indica um potencial para a identificação da rede social de apoio às famílias no cuidado à criança e promoção do desenvolvimento infantil, no qual a família ocupa lugar de destaque, porém se encontra imersa em um determinado contexto histórico, social e econômico, que influencia suas ações internas e externas, e é influenciado por ela.

Assim, a busca pelo entendimento do papel e da importância dessas redes de apoio às famílias para o desenvolvimento infantil pode favorecer o alcance de formas e/ou maneiras de entrelaçamento local entre cuidado formal e informal visando a um apoio social efetivo, ensejando melhoria nas condições

¹ ELSEN, I. *et al.* **Um marco conceitual para o trabalho com famílias**. Florianópolis: GEPEFAM/UFSC, 1992. 9 f. mimeografado

de vida das famílias e na promoção do desenvolvimento infantil (LANDIM *et al.*, 2006).

Assim, o estudo sobre as redes sociais de apoio às famílias para a promoção do desenvolvimento infantil possibilitará aos profissionais de saúde identificar os elementos e apoios percebidos e reconhecidos pelas famílias para o cuidado das crianças, podendo ser potencializados e articulados de acordo com as necessidades de saúde das famílias e crianças. Destarte, compreender os vários tipos de relações, apoios, atores e contextos sociais existentes permite a realização de intervenções coerentes e convenientes com as propostas de promoção à saúde.

Identificar as redes de apoio às famílias para a promoção do desenvolvimento infantil pode auxiliar na utilização adequada e numa organização do potencial de cuidado existentes nas relações sociais das famílias, assim, as redes podem aumentar a qualidade de vida dos indivíduos, diminuir a probabilidade de desgaste à saúde e, conseqüentemente, a redução da mortalidade infantil.

Sob estas justificativas, tem-se como questões norteadoras:

Qual é a rede social de apoio reconhecida pelas famílias para a promoção do desenvolvimento infantil?

Como a rede social de apoio contribui com as famílias para a promoção do desenvolvimento infantil?

Este estudo faz parte da linha de pesquisa Processo de cuidar em Saúde e Enfermagem, vinculada à área de concentração Prática de Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná.

A aproximação com o tema surge de pesquisas realizadas pelo grupo de pesquisa GEFASED (Grupo de estudo Família, Saúde e Desenvolvimento) no qual inseri-me por ocasião da aprovação no mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná.

Esta temática surge como um grande desafio, principalmente porque minha trajetória profissional voltava-se às áreas de saúde hospitalar, público adulto e emergências.

Para superá-lo, utilizei de alguns recursos internos e externos a universidade. A disciplina de Prática Docente, desenvolvida durante todo o

curso de mestrado, auxiliou-me na aproximação com o objeto de pesquisa, uma vez que acompanhava alunos de graduação em aulas teórico-práticas nas unidades de saúde da cidade onde foi desenvolvido o estudo; possibilitou aproximação com famílias e crianças na faixa etária do zero aos cinco anos, e principalmente com a realidade de vida destas.

O apoio externo adveio da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paula, na qual cursei uma disciplina sobre representação da criança e infância como aluna especial, a qual me auxiliou na compreensão do contexto histórico, político e social da criança e infância.

1.1 OBJETIVOS

Descrever a rede social de apoio às famílias para a promoção do desenvolvimento infantil, na perspectiva das famílias.

Identificar a atuação da rede social de apoio às famílias para a promoção do desenvolvimento infantil.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A CRIANÇA E O DESENVOLVIMENTO INFANTIL

As avaliações de programas infantis e pesquisas realizadas nas últimas décadas na América Latina evidenciam a importância da primeira infância para o desenvolvimento das crianças e o correlacionam com as condições socio-econômicas das famílias (UNICEF, 2001).

As crianças no Brasil representam aproximadamente 11% de toda a população composta por 21 milhões de crianças. O país também apresentou, em 2006, o maior número de população infantil na faixa etária até seis anos das Américas (UNICEF, 2008b).

Este quantitativo torna-se significativo diante de dados socioeconômicos que apontam a grande maioria das crianças na primeira infância em situação de pobreza. Aproximadamente, 11,5 milhões de crianças brasileiras de até seis anos de idade vivem em famílias cuja renda mensal está abaixo de $\frac{1}{2}$ salário mínimo *per capita* por mês, o que corresponde a 56% do total de crianças (UNICEF, 2008b).

Os principais indicadores básicos de desenvolvimento humano se referem à taxa de mortalidade infantil e à taxa de mortalidade na infância, que vêm apresentando queda ao longo dos anos, resultado principalmente de melhorias nas condições de vida e atenção à saúde da criança, nas questões de segurança alimentar e nutricional, saneamento básico, vacinação e modelo de atenção à saúde. Contudo, ainda há desafios importantes a superar, como as desigualdades regionais e as iniquidades relacionadas a grupos sociais específicos (UNICEF, 2008b).

Os índices de mortalidade infantil no mundo ainda são considerados assustadores, principalmente porque refletem a qualidade de desenvolvimento de um país, evidenciando suas prioridades e valores. Portanto, investir na saúde das crianças e de suas famílias, além de responder à concepção de desenvolvimento como um direito humano, é também “uma sólida decisão

econômica e um dos caminhos mais seguros que um país pode tomar em direção a um futuro melhor” (UNICEF, 2008b).

A taxa de mortalidade entre menores de cinco anos no Brasil foi registrada em 29,9 por mil nascidos vivos em 2006, com disparidades regionais significativas, principalmente em relação à região Nordeste. Já a taxa de mortalidade infantil foi de 24,9 por mil nascidos vivos em 2006, representada por uma queda de 44,9% em relação ao ano de 1990, que era de 46,9 por mil nascidos vivos, dados que colocam o Brasil a caminho do cumprimento do quarto Objetivo do Milênio (UNICEF, 2008b).

Os dados apresentados em 2008 pelo UNICEF mostram progressos impressionantes tanto nas condições de saúde das crianças como nas taxas de sobrevivência, mesmo nos países mais pobres. Porém, ainda são necessários esforços adicionais para conseguir atingir o quarto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio, que tem como finalidade reduzir em dois terços a taxa global de mortalidade de menores de cinco anos até 2015 (UNICEF, 2008a).

O IDI que auxilia na expressão das condições de vida da primeira infância, varia entre zero e um, sendo um o melhor índice atingível pelo município, estado ou região. Classifica o desenvolvimento infantil em elevado, quando índice acima de 0,800; desenvolvimento infantil médio quando taxa entre 0,500 e 0,799; e desenvolvimento infantil baixo, quando taxa abaixo de 0,500. No cálculo realizado com indicadores de 2006, todos os estados brasileiros se encontram com IDI acima de 0,500, representando um avanço quando comparado a dados de anos anteriores (UNICEF, 2008b).

As iniquidades expressas na taxa de mortalidade entre as regiões também surgem neste indicador. O IDI da região Sul se apresenta acima da média nacional com 0,772, classificado como desenvolvimento infantil elevado. Esta região também apresentou queda na taxa de mortalidade na infância de 32,2 em 1991, para 19,2 por mil nascidos vivos em 2006. Porém, conta com 63,2% das famílias vivendo em situação de pobreza, com meio e um e meio salário mínimo *per capita* por mês (UNICEF, 2008b).

Para garantir, proteger e respeitar os direitos das crianças nos primeiros seis anos são necessários investimentos na primeira infância, considerada a maior e melhor maneira para enfrentar a pobreza, reduzir as

iniquidades e construir uma sociedade com condições sociais e ambientais sustentáveis (UNICEF, 2008b).

O investimento na saúde de crianças pequenas é uma atitude sensata por diversas razões que extrapolam a dor e o sofrimento causados pela morte de até mesmo uma única criança. Privar bebês e crianças pequenas de cuidados básicos de saúde e negar-lhes os nutrientes necessários para que cresçam e se desenvolvam significa condená-las a uma vida de fracassos. No entanto, crianças bem nutridas, que recebem cuidados e vivem em ambientes seguros e estimulantes têm maior probabilidade de sobreviver, de contrair doenças com menor frequência, e de desenvolver habilidades emocionais, sociais, de raciocínio e de linguagem. Quando ingressam na escola, têm maior probabilidade de ter sucesso. E mais tarde, ao longo da vida, têm maior probabilidade de se tornar membros criativos e produtivos da sociedade. (UNICEF, 2008b, p.3).

O conceito de crianças e suas implicações coletivas têm uma história construída sobre as diversas influências sociais e políticas. Na sociedade medieval, a criança não era percebida como um ser de particularidades e sim um adulto em desenvolvimento. Imediatamente à desvinculação da mãe ou ama de leite, a criança ingressava na sociedade e se igualava aos adultos. Tinha então a família um papel moral e social, pois educava e socializava crianças que não eram suas (VERÍSSIMO, 2002).

No século XIV surgiu um novo sentimento sobre o infante, que o tornou ingênuo, gentil, gracioso e fonte de distração e relaxamento para o adulto. Mas esta concepção sofreu fortes influências dos moralistas e educadores no século XVII e novamente cruzou por transformações que apresentaram um moderno sentimento da criança como ser frágil, de Deus, que precisava ser preservada e disciplinada. Esta visão inspirou toda a educação infantil do século XX (VERÍSSIMO, 2002).

Com estas mudanças, os pais assumiram o papel de responsáveis pela alma e corpo dos filhos, e a família adquiriu a função moral, espiritual e formadora, dispensando cuidados inspirados em sentimentos de afetividade. Esta visão também atribuiu à família a preparação da criança para a vida, ideia reforçada no século XX pelos estudos da psicologia e pedagogia que definiram a primeira infância e quais atividades e competências seriam indicadas para a idade (VERÍSSIMO, 2002). Portanto, a ausência da família responsável pela preparação da criança poderia implicar adultos despreparados.

Com o passar do tempo, novos conceitos a respeito da criança e do desenvolvimento infantil foram criados, bastante influenciados pelas condições de trabalho e de vida das populações, meio pelo qual se diferenciam as formas de acesso a direitos e necessidades (VERÍSSIMO, 2002). Um conceito desenvolvido atualmente e que é bastante aceito pela comunidade científica, define criança como:

Uma pessoa que já é, e não como um projeto para o futuro. Ela é um ser humano completo, que possui corpo, mente, sentimentos, espiritualidade e, portanto, valor próprio. Como pessoa, tem sua maneira de pensar, sentir e reagir. É competente e capaz de fazer escolhas compatíveis com seu estágio de desenvolvimento. Possui vulnerabilidades decorrentes de suas peculiaridades de desenvolvimento. (VERÍSSIMO, 2002, p. 3).

É um ser único, relacional, determinado pela herança genética e experiências de vida, por meio da qual constrói sua própria identidade. Este ser se desenvolve constantemente, e o desenvolvimento infantil integra o desenvolvimento humano, iniciado antes mesmo do nascimento e findado com a morte. A diferença é que na infância ele é extremamente intenso, superando a dependência total ao nascimento (VERÍSSIMO, 2002).

Este período, compreendido como primeira infância, é considerado a fase mais crítica referente ao desenvolvimento cognitivo, biológico, social e emocional, pois aos seis anos o cérebro já desenvolveu seus contornos da autoestima, moralidade, responsabilidade e empatia, a capacidade de aprender e se relacionar socialmente, além de outros aspectos da personalidade do indivíduo. Por isso as oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento são representativas (UNICEF, 2001).

Neste sentido, o conceito de desenvolvimento infantil torna a criança protagonista do seu próprio desenvolvimento, sendo desde a gestação um sujeito de direitos, que pode modificar os ambientes e as reações das pessoas à sua volta e precisa ser ouvida em suas mais diversas manifestações. Esta noção de desenvolvimento infantil também se refere a um conjunto de ações para o cuidado e proteção das crianças em seus primeiros seis anos de vida, além de envolver a garantia do convívio comunitário e familiar, intervenções nas áreas de educação, saúde e assistência social, com objetivo de garantir um bom começo de vida para essas crianças (UNICEF, 2001).

O processo de desenvolvimento, principalmente da criança, envolve mudanças, aquisições de competências e habilidades e vulnerabilidades específicas que devem ser consideradas ou superadas em cada etapa (VERÍSSIMO *et al.*, 2009). Assim, os cuidados fundamentais para o atendimento da criança se relacionam às necessidades essenciais para um desenvolvimento saudável como: necessidade de relacionamentos sustentadores contínuos; proteção física, segurança e regulamentação; experiências que respeitem as diferenças individuais; experiências adequadas ao desenvolvimento; estabelecimento de limites, organização e expectativas; e necessidade de comunidades estáveis e amparadoras e de continuidade cultural (BRAZELTON; GREESPAN, 2002).

Neste sentido, considera-se que a família desempenha quase a totalidade das funções de cuidado à criança na primeira infância, entre elas a socialização e cuidados psicológicos e afetivos, complementados pelo sistema educacional – creche e pré-escola (UNICEF, 2001) Porém esta tarefa não é apenas da família, mas também do governo e de toda a sociedade brasileira (UNICEF, 2008a).

2.2 FAMÍLIA, ESTADO E SOCIEDADE NO CUIDADO À CRIANÇA

A família é considerada a principal provedora de cuidados à criança na primeira infância. É no ambiente familiar que ocorrem as primeiras relações interpessoais da criança, auxiliando-a na criação de suas características e identidade, o que pode tornar este ambiente propício para o desenvolvimento de ações de promoção à saúde da criança (VERÍSSIMO, 2002).

Porém a diversidade de concepções de famílias existentes no mundo, influenciadas pelas características culturais, sociais, econômicas e políticas, é resultado de mudanças provenientes também das necessidades emergentes das sociedades nas mais diferentes épocas, que determinam as maneiras como seus elementos se relacionam entre si e com o meio ambiente em que vivem, os modos de sobrevivência e cuidado (SARTI, 2007).

Alguns marcos históricos referentes a essas mudanças estão relacionados à descoberta do anticoncepcional; a avanços tecnológicos na área de inseminação artificial; à igualdade de direito entre os gêneros; à pluralização dos estilos de vida, entre outros (SARTI, 2007). Todavia estes processos de mudanças geraram e geram até hoje conflitos pessoais e sociais devidos à cristalização de conceitos referentes à família construídos socialmente (SARTI, 2007).

Nas sociedades industrializadas e em desenvolvimento, estas mudanças são ainda mais significativas, pois geraram novas reflexões acerca da família e despertam em cientistas sociais, profissionais e políticos um interesse maior pelo tema (SERAPIONI, 2005). Estas modificações abrangem tanto o significado da família como suas formas e funções, o que implica cuidado oferecido por elas a seus integrantes (DONATI; DE NICOLA², 1996 *apud* SERAPIONI, 2005).

Em relação às funções da família na sociedade, algumas foram modificadas, porém outras permaneceram, como, por exemplo, a família como primeiro ambiente de socialização dos indivíduos, espaço onde os indivíduos constroem sua identidade social e se expressam de maneira livre, com seu temperamento, capacidades e limites, diferentemente das relações estabelecidas em outros ambientes da vida, em que as relações são parciais, limitadas a capacidades específicas e funções determinadas (PETRINI; ALCÂNTARA³, 2001 *apud* SOLYMOS; MARICONDI; SOARES, 2009).

Algumas características funcionais podem tornar a família ponto central de muitas necessidades que surgem no decorrer da vida dos indivíduos. Quando a família se faz presente e proporciona interação entre seus membros e a realidade, as necessidades tendem a ser enfrentadas e resolvidas, diferentemente de quando ela se encontra ausente ou fragilizada, pois os problemas tendem a se agravar (SOLYMOS; MARICONDI; SOARES, 2009).

Ocorrem também modificações nas características estruturais da família, compreendida desde a composição familiar idealizada, pai, mãe e filhos, até a família 'da vida real', formada por diferentes arranjos, que se

² DONATI, P.; DI NICOLA, P. **Lineamenti di sociologia Del La famiglia**: La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1996.

³ PETRINI, J.C.; ALCÂNTARA M. **A família em mudança**. Bahia, 2001 (mimeografado).

organizam de várias formas, têm princípios e regras particulares que regem suas relações e são construídas culturalmente, não tendo um modelo a ser seguido (SOLYMOS; MARICONDI; SOARES, 2009).

Estas diferentes estruturas e arranjos variam conforme o local, histórias, fatores sociais, econômicos, políticos e religiosos (OSÓRIO, 2002). Assim, para compreender família é necessário considerar todas essas diversidades de conformações que dificultam a delimitação de seus contornos (SARTI, 2007). Portanto, neste estudo, utilizou-se o termo arranjos familiares, pois abarca a dinamicidade que expressa este núcleo social e porque não dizer instabilidade deste espaço social (ZOBOLI *et al.*, 2009).

Algumas mudanças que interferem na formação destes arranjos se devem ao aumento do número de pessoas idosas na família; à redução da família nuclear; ao aumento do número de famílias formadas por mãe ou pai que moram sozinhos com seus filhos; à expansão do número de famílias reconstruídas (filhos de casamentos anteriores morando junto); à constância de famílias extensas ou ampliadas; e ainda às famílias que agregam parentes e amigos (SOLYMOS; MARICONDI; SOARES, 2009).

Além destas modificações extensas, conseqüentemente ocorreram também mudanças internas na família, as quais devem ser consideradas como modos de funcionamento construídos na luta cotidiana pela sobrevivência de maneira singular (SOLYMOS; MARICONDI; SOARES, 2009).

Esses acontecimentos e modificações, decorrentes tanto de mudanças sociais como por motivo de necessidades diversificadas, em contextos familiares tão particulares, tornam ainda mais difícil um consenso sobre o conceito de famílias, caracterizado pela sua diversidade e dinamicidade (STAMM; MIOTO, 2003).

A família tem significados diferenciados de acordo com a classe social. Para os grupos populares, ela se ancora nas atividades diárias e ajuda mútua (FONSECA, 2005) formando uma rede de solidariedade, muitas vezes eficaz nos cuidados necessários a seus membros, principalmente diante de situações especiais como desemprego, cuidado às crianças, idosos, deficientes, entre

outros (SANICOLA⁴, 2000 *apud* SOLYMOS; SOARES, 2002). Neste grupo, percebe-se que a convivência familiar ocorre mediante estratégias materiais e afetivas, meio pelo qual a família nuclear é quase que subsumida pela família composta por vínculos parentais, fazendo desta “solidariedade conterrânea e parental” condição inicial para a sobrevivência e existência da família em situações de discriminação e pobreza (CARVALHO, 2000, p. 96).

Assim, o conceito de família para os pobres está diretamente associado àqueles em quem se pode confiar. Sua delimitação se reduz àqueles com quem convivem ou conviveram, definindo a extensão pela rede de obrigações que se estabelece, aquele com quem se pode contar, que retribui o apoio oferecido. Essa rede de obrigações delimita também os vínculos e relações de afeto, tornando-a possível somente dentro desta dinâmica de relações, sobrepondo os laços consanguíneos aos laços morais e de obrigações (SARTI, 2007, p.85)

Estas mudanças refletem a construção permanente em que se encontram estas instituições, enfatizando o desafio dos pesquisadores em observar a família. Uma metáfora citada por Sluzki representa bem este desafio:

Estamos em alto mar, navegando num barco semiconstruído e devemos continuar reconstruindo-o no percurso, questionando o tempo todo nossas premissas e as premissas sobre nossas premissas. Por sorte, devo acrescentar, pode ser que seja desnecessário afundar nosso barco para reconstruí-lo. O máximo que pode ocorrer é que afunde em seu devido tempo quando o material se deteriore e perca paulatinamente sustentação mediante nossas ilusões de certeza. (SLUZKI, 1997, p. 33).

Neste sentido, faz-se necessário colocar-se à frente desta discussão, a fim de que, como profissionais de saúde, possam pensar e avançar na compreensão das práticas de saúde à família (STAMM; MIOTO, 2003). Pensar a família exige aprofundar esta concepção, haja a vista que esta conduz nossas formas de agir com elas e para elas. Assim, adotou-se o conceito elaborado por uma pesquisadora brasileira, *expert* no assunto, que define família como:

⁴ SANICOLA, L.L. **Contributo Dell'intervento Di Rete Alla Prevenzione**. Milão, 2000 (mimeografado)

Uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem como família que convivem por determinado espaço de tempo, com estrutura e organização para atingir objetivos comuns e construindo uma história de vida. Os membros da família estão unidos por laços consanguíneos de adoção, interesse e ou afetividade. Tem identidade própria, possui e transmite crenças, valores e conhecimentos comuns influenciados por sua cultura e nível socioeconômico. A família tem direitos e responsabilidades, vive em um determinado ambiente em interação com outras pessoas e familiares em diversos níveis de aproximação. Define objetivos e promove meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar de seus membros. (ELSEN¹ *et al.*, 1992, p.6 *apud* STAMM; MIOTO, 2003, p. 162).

Este conceito inclui não somente os aspectos estruturais da família, mas também seu contexto relacional, particularidades, história e experiências provenientes destas relações, que modificam e são modificadas por ela (SOLYMOS; SOARES, 2002).

Essa família, independentemente de arranjo familiar, contexto social, histórico e cultural, prestará seus cuidados à criança, marcados pelas ações do grupo em uma dinâmica intensa, que exige de seus integrantes constantes exercícios de repensar o presente e o futuro, levando-os a reorganizar suas estratégias de vida constantemente, o que provoca alterações tanto internas como externas (ROMANELLI, 2003).

Para prestar estes cuidados, a família conta também com seu “patrimônio”, que é “um conjunto de recursos dos quais as pessoas podem dispor para garantir a si mesma e a seus membros maior segurança e melhor padrão de vida”. Estes recursos se compõem de trabalho, moradia, saúde, habilidades relacionais e pessoais (CHIESA; VERÍSSIMO; FRACOLLI, 2009, p.24).

Neste sentido, a rede social é considerada um dos patrimônios importantes da família, por meio da qual ela mantém sua própria identidade estabelecida pelo conjunto de relações interpessoais, compreendida por costumes, hábitos, crenças e valores de uma determinada rede social, que conferem à pessoa características singulares (CHIESA; VERÍSSIMO; FRACOLLI, 2009).

A eficácia dos cuidados familiares baseia-se no grau de apoio mútuo e da organização interna, variando os tipos de cuidado que a família tem consigo e com seus membros, além de depender do acesso a serviços públicos e

comunitários (SOLYMOS; MARICONDI; SOARES, 2009). Esses cuidados estão também vinculados a uma rede de relações sociais constituída de vários pontos interligados, fazendo com que sua escassez constitua um fator de risco para a saúde do indivíduo (SLUZKI, 1997).

O reconhecimento destas relações contribui para a promoção da saúde e provimento de políticas sociais que favoreçam às famílias condições para o desenvolvimento destes cuidados (SERAPIONI, 2005).

Na conformação de redes sociais, o constructo família ganha visibilidade, pois costuma ser um membro importante, todavia não é suficiente, porque parte dos problemas necessita de auxílio da comunidade e de organizações sociais para resolução (RIBEIRO, 2005).

Neste sentido, há também a participação do Estado com papel importante na manutenção da vida e promoção da saúde, tanto da família como das crianças.

Segundo a constituição brasileira (BRASIL, 1988), artigo 227:

“é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, a profissionalização, a cultura, a dignidade, ao respeito, a liberdade e a convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”.

As ações e diretrizes são implementadas pelo Estado com destaque para as políticas de saúde por meio de programas e oferta de serviços para atender a grupos da população (FIGUEIREDO; MELLO, 2007), como a família, criança, adolescentes, entre outras.

Dos programas relacionados à oferta de serviços em saúde, destaca-se a ESF, que tem sua atenção voltada à família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, possibilitando às equipes de saúde compreender o processo saúde-doença de maneira ampliada, organizar as intervenções além de práticas curativas e buscar a construção de ações com base nos princípios de integralidade e equidade (CHIESA; VERÍSSIMO; FRACOLLI, 2009).

Alguns programas voltados à saúde da criança fazem parte da história como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) na

década de 80; a estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) na década de 90; em 2002, a criação do Caderno de Atenção Básica – Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil; e em 2004, o lançamento da Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e a Redução da Mortalidade infantil. Todas elas propostas de intervenção em saúde visando à redução dos índices de mortalidade infantil e melhoria na qualidade de vida das crianças (FIGUEIREDO; MELLO, 2007).

Mesmo diante de tantas propostas, mudanças nas diretrizes e avanços alcançados, “os indicadores de saúde revelam um longo caminho a percorrer com vistas ao direito integral à saúde da criança” (FIGUEIREDO; MELLO, 2007)

Em relação às ações no setor educação, as crianças de até seis anos de idade têm seus direitos garantidos pelo Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) artigo 54, o qual respalda o acesso à creche e pré-escola, assim como o ensino fundamental gratuito para as faixas etárias maiores, sendo estes direitos responsabilidade do Estado (BRASIL, 1990).

As políticas de atendimento aos direitos da criança e adolescente estão previstas por meio de articulação de ações governamentais e não-governamentais, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, constantes no artigo 86 do ECA (BRASIL, 1990). Algumas destas ações de políticas de atendimento aos direitos da criança estão representadas pelos programas governamentais de aumento de renda, como Bolsa Família, mantido pela União; o programa ‘Leite das Crianças’, responsabilidade do governo estadual.

O programa Leite das crianças visa a atender às necessidades básicas de alimentação das crianças pobres, de seis meses a três anos de idade, de famílias com renda per capita mensal inferior a meio salário mínimo, por meio da distribuição diária de um litro de leite (BRASIL, 2010c); implantação de CRAS (Centros de Referência de Assistência Social), unidade pública estatal, localizada em áreas de maiores índices de vulnerabilidade e risco social, de base municipal, destinadas à prestação de serviços e programas socio-assistenciais de proteção social básica às famílias e indivíduos (BRASIL, 2010b); além de projetos educacionais como o Pró-Criando, desenvolvido no

município de Colombo com objetivo de desenvolver atividades educacionais, esportivas, recreativas e artísticas com crianças e adolescentes a fim de ampliar seus conhecimento e relações sociais (LIMA, 2009).

Considerando família como segmento-alvo de políticas de bem-estar social e qualidade de vida, poderá cooperar de forma efetiva “para o avanço qualitativo dos índices que refletem o desenvolvimento humano e comunitário” (FERRARI; KALOUSTIAN, 1994, p. 15).

Além da família e do Estado, a sociedade tem participação relevante no cuidado à saúde de indivíduos e famílias, principalmente nas áreas mais pobres e remotas. Segundo a Unicef:

É desejável que as comunidades participem ativamente na melhoria de cuidados de saúde, práticas de higiene, nutrição, abastecimento de água e instalações sanitárias. Entretanto, isso não é somente uma ferramenta necessária na ausência de alternativas de custo mais elevado: trata-se de uma via desejável para o aumento do poder e a participação. (UNICEF, 2009, p.59).

Algumas parcerias comunitárias são consideradas valiosas para o aprimoramento da saúde materna e infantil. Elas são realizadas por meio de diferentes parcerias: algumas pequenas e locais, outras de âmbito nacional; algumas voluntárias e outras envolvendo remuneração; algumas funcionam de maneira independente e outras integralmente relacionadas com o sistema de saúde. Todas essas propostas devem ter cuidado no sentido de se adaptar ao contexto local específico (UNICEF, 2009).

Estas parcerias podem melhorar o acesso das pessoas a serviços, facilitar contatos entre profissionais de saúde e indivíduos ou família, incentivar mudanças comportamentais e até mobilizações sociais (UNICEF, 2009). Um exemplo destas parcerias são as associações voluntárias, com diferentes objetivos e graus de formalização, que constituem formas de as pessoas se reunirem em torno de objetivos comuns e cooperarem entre si, caracterizando redes de solidariedade (ANDRADE; VAITSMAM, 2002).

Na área da saúde, a formação de associações voluntárias pode exercer papel importante no rompimento e isolamento de indivíduos, melhorar as condições de vida (ANDRADE; VAITSMAM, 2002), além de expandir a cobertura de serviços essenciais às melhores práticas de saúde e nutrição, e

talvez contribuir para que os sistemas de saúde alcancem comunidades mais pobres e marginalizadas (UNICEF, 2009).

Porém, no contexto brasileiro, as dificuldades de sobrevivência, a educação deficiente e a baixa renda se apresentam como fatores que desfavorecem a mobilização da população em torno de interesses comuns, o que contribui para a baixa capacidade de organização e atividades da sociedade civil (ANDRADE; VAITSMAM, 2002).

A Pastoral da Criança é uma dessas organizações comunitárias de atuação nacional, que tem seu trabalho baseado na partilha do saber e na solidariedade. Visa a promover o desenvolvimento integral das crianças pobres, na faixa etária de zero a seis anos de idade, compreendendo também o contexto familiar e social, por meio de ações preventivas de saúde, nutrição, educação e cidadania (PASTORAL, 2010).

Tem-se, então, a participação da comunidade, com o dever compartilhado com a família e o estado, de oferecer serviços que visem a fornecer à criança o melhor para o desenvolvimento de seu potencial (UNICEF, 2001).

Assim para que o Brasil consiga melhorar seus indicadores em relação à infância, torna-se necessária a compreensão de que cada grupo social precisa entender sua parcela de responsabilidade nesta tarefa (UNICEF, 2006).

Como recurso para o desenvolvimento de ações de cuidado (HANSON⁵, 1987 *apud* GRIEP *et al.*, 2003), a rede social também pode funcionar como uma fonte de apoio social por meio da qual influenciará diretamente os cuidados com a pessoa, sua saúde e o sentimento de bem-estar (MOREIRA; SARRIERA, 2008), além de influenciar a sobrevivência da família (LANDIN *et al.*, 2004).

⁵ HANSON, B.S.; OSTERGREN, P.O. **Different social network and social support characteristics, nervous problems and insomnia**: theoretical and methodological aspects on some results from population study "Men born in 1914". Soc. Sci Med, Malmo, Sweden, v.25, 849-59, 1987.

2.3 AS REDES SOCIAIS

A família, o Estado e a sociedade são responsáveis pelo cuidado integral à criança e considerados elementos componentes de redes sociais contribuintes nestas ações. O termo rede social é considerado útil para o estudo relacionado à saúde das famílias, pois é um conceito abrangente e possibilita vários enfoques, que podem abarcar elementos de uma rede social como a família, elementos comunitários e a colaboração como serviços de saúde, educação, social entre outros, visando à saúde destas e de seus componentes (GUTIERREZ, MINAYIO, 2008).

Possibilita também investigar a influência que a rede social exerce sobre o desenvolvimento das pessoas no decorrer de suas vidas (BRITO, KOLLER, 1999), o que instiga os pesquisadores a buscar na realidade a resposta a situações de saúde, doença, desemprego, entre outros, tendo como foco populações específicas ou comunidades, que, por meio das interações humanas permeadas pelos conceitos de rede social, propiciam aos indivíduos pensar e construir maneiras diferentes de convivência (DABAS; NAJMANOVICH, 2001).

Para estudar as relações sociais existentes, é necessário que o pesquisador tenha algumas habilidades para lidar com a diversidade e variação desta rede de acordo com o contexto social no qual são formadas e estão inseridas, o que gera diferentes interpretações e ideias (BARNES, 1987).

Estas redes sociais exercem papéis diferentes na vida das pessoas, de acordo com as etapas de vida e necessidades de saúde. Nestes papéis, elas são permeadas por diferentes relações sociais, pois variam de acordo com a força, estrutura, tipo e condições da rede tais como reciprocidade, confiança, acessibilidade. Estas relações também proveem diversos tipos de apoio, como emocional, material, cognitivo, entre outros. E as redes podem facilitar ao indivíduo acesso a bens e serviços, informações, interações sociais, causando-lhes diferentes impactos (SLUZKI, 1997).

Várias são as áreas de conhecimento com interesse nos estudos das redes sociais, que tentam compreender o impacto desta rede na vida social dos indivíduos gerando diversas metodologias de pesquisa e análise que se

baseiam nas relações entre os indivíduos pertencentes a uma determinada rede (MARTELETO; SILVA, 2004). Na área da saúde, o estudo das redes sociais pode ser desenvolvido pelos profissionais para a compreensão do sistema de rede sob duas perspectivas: entender como ele se comporta, ou seja, sua estrutura, e como as conexões influenciam esse comportamento e condicionam as ações dos indivíduos, seu funcionamento (SOUZA; SOUZA; TOCANTINS, 2009; WATTS, 1999).

Além de considerar essas características, é necessário que o pesquisador adote conceitos e termos específicos, devido a divergências de conceitos nas mais diversas áreas de conhecimento como saúde, engenharia, economia, empreendimentos, entre outras, e também à diversidade de termos e sinônimos, como rede, teia, trama, nós, pontos, nodos, nódulos, vértices, elos, ligações, caminhos, laços, interconexões etc. Este conjunto de termos é oriundo de estudos das ciências sociais, espalhando-se por diversas áreas do conhecimento devido à sua relação direta com temas abrangentes (ROTH⁶, 1989 *apud* LANDIM *et al.*, 2006).

Outras recomendações referem que é preciso primeiro visualizá-las, para posteriormente ativá-las e fortalecê-las (RIBEIRO, 2005). Há necessidade de um estudo detalhado e objetivo bem definido a fim de optar pelo método que melhor se adapte à sua realidade de pesquisa, além de:

um bom desenvolvimento conceitual do campo apoio social; boas definições operacionais: instrumentos que permitam referências comportamentais ao invés de mensurar apoio num âmbito global e não específico; boa descrição da metodologia do mensuramento; instrumento que contemple o suporte recebido, provido, a estrutura, utilização e orientação da rede social; informações demográficas da amostra (tais como gênero, idade, educação, estado civil, religião). (ROTH⁶ *apud* SOUZA; KANTORSKI, 2009, p. 374).

Estas considerações também devem ser levadas em conta durante a construção do método de investigação por se fazer necessário detalhar as características do apoio social, identificar necessidades, disponibilidades, situação social, indicadores de rede de apoio e resultados, possibilitando

⁶ ROTH, P. Family social support. In: BOMAR, P.J. (org). **Nurses and family health promotion: concepts, assessment, and interventions**. Baltimore: Willians & Wilkins, 1989. p. 90-102.

compreender o apoio social de que as famílias necessitam (PEDRO; ROCHA; NASCIMENTO, 2008).

A origem da palavra rede vem do latim *rete*, que nos remete à noção de junção de nós, individuais ou coletivos, que, interligados entre si, vão permitir a união, a troca, a comutação e a transformação (ROCHA, 2005); ou também um conjunto de nós entre os quais existem uma ou mais classes de relações (MARTELETO; SILVA, 2004).

A definição de rede apresentado por Castells (1999), designa-a como um conjunto de nós interconectados, constituído por uma estrutura aberta que possibilita expansão por meio da integração de novos nós, de forma limitada, de que compartilham códigos de comunicação, valores e objetivos. Esta definição compactua com o princípio básico da noção de rede de Mance (1999), que considera a rede um sistema aberto que se autorreproduz, isto é, como um sistema autopoietico.

Várias são as definições de rede, porém uma ideia comum apresentada é a “imagem de pontos conectados por fios, de modo a formar a imagem de uma teia” (OLIVEIRA⁷, 2000 *apud* ANDRADE, VAISTMAN, 2002). Os demais conceitos acrescentam características da rede de acordo com a área de conhecimento da qual foi originado e seus objetivos, orientados por diferentes modelos e linguagens utilizados para designá-las, geralmente construídos de maneira ideal, que ordenam, organizam, procuram e concedem significados ao que ocorre dentro ou fora da rede (SLUZKI, 1997).

Para caracterizar uma rede, é essencial possuir algumas delimitações, leis, ordens e objetivos comuns (CASTELL, 1999). Estas características são vistas por Rocha (2005) como vantagens no emprego do termo, como o surgimento de iniciativas descentralizadas, flexibilidade frente a mudanças, ajustes à diversidades e diferenças, favorecimento e inovação, troca de conhecimento e construção coletiva, múltiplos canais de comunicação que facilitam a transmissão de ideias e informações, além de serem flexíveis e possibilitarem a entrada e saída de membros e adaptação a novos contextos.

Já as redes sociais também possuem características singulares que devem ser consideradas durante seu estudo. Uma delas refere-se ao fato de

⁷ OLIVEIRA, S.A. “**Redes**”: mapeando seus usos no campo das ciências sociais. 2000. (mimeografado).

que as relações sociais advindas da rede social constroem a identidade pessoal e social dos sujeitos, que lhes conferem caráter individual, considerada um espaço relacional significativo que congrega todas as relações de um indivíduo (SLUZKI, 1997). Compreende os hábitos, costumes, crenças e valores. Neste caso é a dinâmica relacional que atribui à rede sua forma, regida por ordens, leis, mecanismos planejados e desejados independente da vontade individual de cada membro da rede (MARTELETO; SILVA, 2004), mas composta por elas.

Este fato indica que é necessário ao pesquisador considerar a percepção do sujeito sobre os elementos presentes na rede e os tipos de apoio dela advindos (GUTIERREZ; MINAYO, 2008; BESSON⁸, 1994 *apud* SOLYMOS; SOARES, 2002).

Para Capra (1996), rede social é definida como redes de comunicação que envolvem a linguagem simbólica, os limites culturais e as relações de poder, ou seja, explicita a função da rede de manter a comunicação entre os membros permeada pela linguagem, cultura e poder. Outros autores definem rede social como “um grupo de pessoas com as quais o indivíduo mantém contato ou alguma forma de vínculo social (BOWLING, 1997).

Outro conceito de rede social descreve-a como “o conjunto de vínculos e seus respectivos papéis relacionados ao indivíduo”, caracterizado pelos laços de parentesco, conhecidos ou amizade. Aqui, tem-se uma aproximação entre a estrutura e as funções da rede social, que se resume em fornecer apoio (Roth⁶, 1996 *apud* SOUZA; KANTORSKI, 2009). Estas características, de vínculo social, ligação, relação, comuns aos diversos conceitos, apontam elementos e eventos importantes na estruturação de uma determinada rede social, que ocorrerão somente mediante a presença de indivíduos.

A percepção do indivíduo em relação à sua rede social formula fronteiras do sistema significativo, que não se limita à família, mas inclui todo o conjunto de vínculos interpessoais do indivíduo, como amigos, relações de trabalho, estudo e contexto social (SLUZKI, 1997). Diante de questões apropriadas, pode-se discriminar entre a microrrede social pessoal e a rede

⁸ BESSON, C. **Dalle definizione all' operatività in L'intervento di rete**: a cura di Lia Sanicola. Napoli: Liguori Editore, 1994, p. 245-291.

'macro' que inclui a comunidade de que se faz parte, a sociedade, nossa espécie e ecologia. Esta separação pode ser utilizada para ações educativas e comunitárias, mobilização de redes sociais muito vastas, entre outras (SLUZKI, 1997). A microestrutural é considerada a rede pessoal, individual, significativa para o indivíduo ou subgrupo, e a macroestrutural é aquela que inclui a comunidade na qual o indivíduo está inserido, a sociedade, a espécie e a ecologia (SLUZKI, 1997).

As primeiras bases teóricas disponíveis na literatura sobre rede social originam-se dos estudos do sociólogo Émile Durkheim, utilizando fatos sociais para explicar mudanças nos padrões de agregação ou relação com suicídio, em meados de 1897. Ele estabeleceu relações entre suicídio e grau de interação social como algo inversamente proporcional (BERKMAN; GLASS¹⁶, 2000; UMBERSON⁹, 1992 *apud* GRIEP, 2003; SLUZKI, 1997).

A relação da rede micro e macro pode ser exemplificada na Figura 1 designada por Sluzki (1997) de sistema de redes.

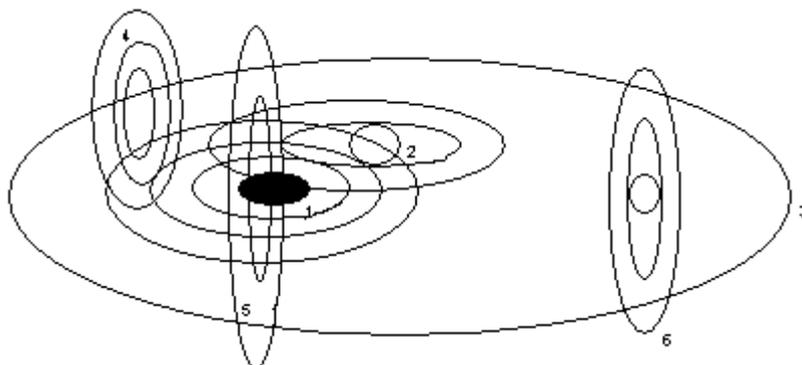


FIGURA 1 – SISTEMA DE REDES
FONTE: SLUKI (1997).

Neste sistema, a rede número um representa a rede social pessoal de um determinado indivíduo, contemplando suas relações com intensidade e intimidade descritas por meio de seus círculos cêntricos; A dois representa uma das muitas teias de que o indivíduo é membro periférico, ou seja, pertence a um dos membros componentes de sua rede; A três é uma das muitas supra-individuais às quais os membros pertencem sem se conhecerem entre si; a quatro é uma das quais o indivíduo não é membro, mesmo se alguns membros

⁹ UMBERSON, D. Gender, marital status and the social control of health behavior. **Social Science and Medicine**. v. 34, p. 907-91, 1992.

de sua rede o são; a cinco, uma das redes das quais o indivíduo é membro, mas poucos ou nenhum dos outros membros de sua rede o são; e a seis representa uma das muitas teias de que nem o indivíduo nem outros membros de sua rede fazem parte, mas cujas vicissitudes podem afetar indiretamente a do indivíduo (SLUZKI, 1997).

Esta descrição do sistema de rede auxilia no entendimento da existência de rede e redes de um determinado indivíduo, da família ou de sociedades em geral. Elas apresentam suas mais variadas características, construções e funções, de acordo com seus elementos, influências sociais, culturais e econômicas.

Este e outros estudos eram realizados de maneira retrospectiva, o que gerou vários questionamentos e o desenvolvimento de pesquisas prospectivas, que permitiram demonstrar de maneira incontestável a forte relação estabelecida entre as relações sociais e os fatores de risco para a saúde. Nasce então duas formas de investigação sobre o tema, que contemplam estudos epidemiológicos prospectivos e estudos experimentais, representados por um estudo clássico desenvolvido por Berkman e Syme⁶ (1979, citado por SLUZKI, 1997).

Pesquisas epidemiológicas também foram realizadas com o objetivo de confirmar a correlação da rede social e os fatores condicionantes do processo saúde/doença apontados por Sluzki (1997).

Em estudos realizados por Griep (2003) com diversas populações, ressaltando a necessidade de implantação de estratégias para expandir os recursos sociais, como na recuperação após infarto agudo do miocárdio (PRINCE; FRASURE-SMITH, 1984; VOGT *et al.*, 1992; OXMAN *et al.*, 1995; KWAKKEL *et al.*, 1996), maior prevalência de tuberculose (HOLMES, 1956); acidentes (TILMAN; HOBBS, 1949), ocorrência de hipertensão arterial sistêmica, doença coronariana, câncer e diabetes (EARP *et al.*, 1982; GRIFFITH *et al.*, 1990; VOGT *et al.*, 1992), doenças infecciosas (COHEN *et al.*, 1997; 2001), sofrimento psíquico (HOLAHAN; MOOS, 1981), distúrbios psiquiátricos (FRYDMAN, 1981); demência (FRATIGLIONI *et al.*, 2000); problemas nervosos e insônia (HANSON; ÖSTERGREN, 1987); dores crônicas (KRANTZ; ÖSTERGREN, 2000); complicações durante a gravidez (NORBECVK; TILDEN, 1983) e com a aquisição de hábitos como o tabagismo

e consumo de álcool (WESTMAN; SHIROM, 1985). Além disso, a associação entre níveis mais elevados de apoio social e o controle de doenças crônicas como a hipertensão arterial (STROGATZ, 1986) e o diabetes (GRIFFITH *et al.*, 1990) entre outros.

Na área de ciências sociais e humanas, os estudos sobre redes sociais tiveram a participação de vários autores ao longo dos tempos, com suas diversas teorias e contribuições, datados da década de 30/40 até a atualidade.

Alguns nomes foram referência como Jacob Moreno, Kurt Lewin e Claude Lévi-Strauss, na década de 30/40, com a Teoria de Campos e análise etnográfica das estruturas elementares de parentesco; Ridcliffe-Brown, na década de 50/60, com análise estrutural matematicamente orientada para o estudo das estruturas sociais, construção de modelos algébricos e escalas multidimensionais para representar relações através das distâncias e mapeamento do espaço social; e J. Boissevain, John Barnes, Elisabeth Bott, S. Nadel, C. Mitchell, na década de 50/60, que realizaram estudos pioneiros sobre redes formais e informais, familiares e extra-familiares, sendo considerados os primeiros a utilizar com rigor científico o conceito de redes, além de adotar a “teoria dos jogos” para privilegiar a análise do conflito e da competição (TAVARES, 2009)

A partir da década de 70, destacaram-se Erich Lindermann, Ross Speck e Carolyn Attneave, criadores da “Teoria da Crise”; Klefbeck *et al.* (1986), Elkaim (1987) e Feldman-Bianco (1987), da década de 80, que realizaram o reconhecimento da análise de redes como estratégia de mapeamento da epidemia de HIV/AIDS e intensas pesquisas sobre modelos estatísticos usados para análise de redes sociais, popularização da informática e avanço tecnológico; Anderson e Carter (1990), Pilsuk e Hiller Parks (1986), Whittaker e Garbarino (1983), Baars *et al.* (1990), Dabas (1993), Salvador Minuchin e cols, M. Castells, A. Giddens, C. Sluzki, todos da década de 90, autores baseados na Teoria da ação social, que imprimiram foco no estudo sobre redes no empreendedorismo social; e Dabas e Najmonovich (2002) e Najmonovich (2002), do final do século XX, que iniciaram a discussão epistemológica acerca da utilização da metáfora das redes sociais na contemporaneidade (TAVARES, 2009).

Outros autores, a partir do final do século XX, também trouxeram suas contribuições, como John Bowlby, através da teoria do Vínculo (BERKMAN; GLASS¹⁶, 2000 *apud* GRIEP, 2003), na qual sugere relação entre ambiente na infância e o papel crítico na gênese da neurose, e que o vínculo mãe e bebê, por meio do qual se estabelece por meio da sensação de segurança e autoestima, e que este promove as bases do amor e dos relacionamentos futuros. Inclusive, afirma que um casamento seguro é reflexo do relacionamento da mãe com a criança durante a infância. O relacionamento interpessoal tem início desde o nascimento e se estende para a vida adulta por meio de ligações a grupos sociais. Estas interações são essenciais para o bem-estar físico e psicológico do indivíduo (COHEN; SYME¹⁰, 1985; SEEMAN¹¹, 1996 *apud* GRIEP, 2003).

Nos últimos vinte anos, têm sido intensificados os estudos sobre as relações estabelecidas entre a rede social de apoio e o processo saúde/doença (GRIEP, 2003), enfocando diferentes sujeitos, como população idosa (ALVARENGA, 2008), grupo de saúde mental (SOUZA; KANTORSKI, 2009), gestantes adolescentes (MOREIRA; SARRIERA, 2008), mulheres mastectomizadas, (BIFFI; MAMEDE, 2004), grupo de ostomizados (SILVA; SHIMIZU, 2007), grupo de famílias mutirantes¹² (LANDIM *et al.*, 2004), mães de crianças prematuras (SIMIONI, GEIB, 2008), famílias com filhos prematuros ou baixo peso ao nascer (VIERA *et al.*, 2010), famílias de crianças internadas em unidades de terapia intensiva (HAYAKAWA, *et al.*, 2010), famílias de crianças com câncer (DI PRIMIO *et al.*, 2010), famílias atendidas por um programa ESF (SCHOLZE, 2005), entre outros.

Alguns estudos brasileiros analisados por Tavares (2009) referentes aos estudos de redes sociais, nos últimos cinco anos, apontam pesquisas e relatos de investigações empíricas, que tendem a não esclarecer quanto à sua orientação teórica ou mesmo à definição de rede social adotada, sendo apontadas como categorias analíticas, ausentes de aprofundamentos teóricos.

¹⁰ COHEN, S.; SYME, SL. Issues in the study and application of social support. In: _____ **Social Support and Health**. Orlando: Academic, 1985.

¹¹ SEEMAN, T.E. Social ties and health: the benefits of social integration. **Annals of Epidemiology**. v.6, p. 442-451, 1996.

¹² O termo mutirante é utilizado pelo autor para designar moradias, empreendidas por classes populares.

Este fato pode ser visto como um incentivo aos pesquisadores para buscar as diferentes teorias já propostas a fim de conferir maior especificidade aos estudos.

Um destaque nos estudos sobre redes sociais refere-se ao tipo de abordagem das pesquisas, diferenciadas em qualitativa e quantitativa, que apontam expectativas diferentes em relação aos resultados. Na qualitativa, a expectativa “diz respeito aos reflexos e ao significado destas relações e das diferentes funções do apoio social percebido pelo sujeito” (DOLBIER; STEINHARDT¹³ *apud* MOREIRA; SARRIERA, 2008). Já na pesquisa quantitativa, “a perspectiva enfatiza a natureza estrutural da rede de relações (família, amigos, comunidade) e mede o número de pessoas de que o indivíduo dispõe quando necessita” (DOLBIER & STEINHARDT²¹ *apud* MOREIRA, SARRIERA, 2008).

Na área da saúde, a quantidade de trabalhos encontrados que utilizam a abordagem qualitativa para avaliar dados de pesquisas sobre redes sociais é consideravelmente maior do que os trabalhos que utilizam a abordagem quantitativa todavia, não menos relevante. Porém em outras áreas de conhecimento, estes valores podem se inverte ou se modificar de acordo com suas especificidades.

Nas pesquisas qualitativas, os objetivos relacionaram-se a identificar a rede de apoio dos indivíduos; investigar características individuais e familiares dos participantes; descrever as redes de suporte social de famílias; conhecer o apoio social utilizado por uma determinada população; e descrever a rede de apoio social de um determinado grupo, entre outros. Para este tipo de pesquisa, foram utilizados como instrumentos de coleta de dados, o ecomapa, o genograma, a observação participante, observação direta, a entrevista semiestruturada e o questionário. Uma crítica percebida foi referente à utilização do ecomapa, que, segundo Souza e Kantorski (2009), apresenta algumas limitações, necessitando assim articulá-lo a outras formas de coleta de dados.

Os estudos quantitativos objetivam trabalhar na validação e construção de instrumentos para coleta de dados referentes à rede social de apoio

¹³ DOLBIER, C. I.; STEINHARDT, M.A. The development and validation of the Sense Scale (SSS). **Behavioral Medicini**, v.25, n.4, p.161-168, 2000.

(MATSUTURA; MARTURANO; OISHI, 2002; CHOR *et al.*, 2001), mas também foram utilizados para analisar a satisfação e composição de uma determinada rede de apoio, segundo a percepção de um grupo de adolescentes gestantes por meio da aplicação de um instrumento de coleta de dados quantitativo, nominado SSQ (Social Support Questionnaire). Este instrumento foi associado à técnica de entrevista e recebeu críticas devido à sua extensão e dificuldades vivenciadas pelos pesquisadores referente ao seu preenchimento (MOREIRA; SARRIERA, 2008).

Estas diferentes abordagens utilizam também diferentes critérios de classificação das redes sociais, de acordo com as características adotadas pelos autores, sendo a maioria classificadas de acordo com suas estruturas e funções, em formais e informais. Rocha (2005) classifica a estrutura e função da rede social em formal e informal, sendo a formal típica pré-estabelecida como coordenação, responsabilidades e recursos, facilmente definidos, contrapondo-se às redes informais, nas quais, muitas vezes, não estão explícitas. Isto reflete a necessidade de o sujeito perceber-se como ser ativo e responsável pelo processo quando inserido em uma rede social, mesmo que informal.

Outro exemplo de classificação de rede social refere-se a Besson⁵ (1999), citado por Solymos e Soares (2002), que classifica a rede em primária e secundária. A rede social primária é descrita como a rede formada nos relacionamentos interpessoais na qual há reciprocidade, e a secundária decompõe-se em formal, informal, de terceiro setor, de mercado e mista.

A secundária formal compreende as instituições sociais, que, por meio de sua estrutura, desenvolvem funções específicas e fornecem serviços particulares; a secundária informal é construída a partir da rede social primária e possui um vínculo na solidariedade por meio da troca de auxílios imateriais; a secundária de terceiro setor é a rede social secundária informal, porém formalizada, como, por exemplo, a associação de pais; a secundária de mercado liga-se às atividades financeiras, como empresas; e a secundária mista, na qual existe a questão financeira, mas também há colaboração com a comunidade como as clínicas de saúde.

Já a proposta de Martins e Fontes (2008) foi criada na tentativa de responder às necessidades de “reconhecimento do valor teórico das redes,

mas também para orientar seu uso nos programas sociais e nas organizações do Sistema Único de Saúde (SUS) em relação à Vigilância em Saúde. Assim, as redes foram classificadas em sociotécnica, socioinstitucional e sócio-humana.

A rede sociotécnica é a que se forma dentro dos sistemas organizacionais, seguindo regulamentações rígidas. Públicas ou privadas, elas visam a responder à necessidade de idealização de ações intersetoriais complexas, que geram tensões na base do sistema social e repercutem no interior do sistema organizacional de maneira vertical. Estas redes são criadas devido à necessidade de melhorar as articulações políticas, principalmente no interior da esfera estatal, com o objetivo de superar os desafios colocados por demandas da sociedade cada dia mais complexas em termos de interdisciplinaridade e intersetorialidade (MARTINS; FONTES, 2008).

A socioinstitucional se estabelece nos sistemas organizacionais que possuem uma regulamentação mediana e objetiva responder às necessidades e conflitos tanto verticais, como horizontais, entre agências governamentais e não governamentais. Envolve tanto estas instituições como as formais, para criar “uma plataforma de governança nos níveis municipais e distritais”. Tem como objetivo estimular o apoio social, institucional e ações interligadas entre agências e atores envolvidos na formação da “esfera pública no plano local” (MARTINS; FONTES, 2008, p. 113).

A sócio-humana é caracterizada por existir de modo submerso, por articular os indivíduos por meio de famílias, vizinhanças, amizades, num plano pré-político. Seu principal objetivo é promover a socialização dos indivíduos em seus grupos de pertencimento. É o principal tipo de rede que estrutura a vida social, possibilitando a existência abstrata dos indivíduos (MARTINS; FONTES, 2008).

A priori, este tipo de rede não se conecta às demais, a não ser por meio da implantação de políticas sociais que abordam a comunidade de maneira mais intensa, como, por exemplo, a escola, os postos de saúde, entre outros que contribuem na formação de centros de atenção aos indivíduos moradores daquela área. Criam-se então campos de sociabilidade que acabam por estruturar o dia a dia das pessoas e colaboram na construção de

representações sobre o mundo e suas práticas. “São, enfim, o lócus da reprodução da vida cotidiana” (MARTINS; FONTES, 2008, p. 114).

Essas diferentes classificações indicam avanços nos estudos decorrentes das redes sociais, de acordo com novas necessidades e compreensões sociais, culturais e científicas. Esta diversidade oportuniza aos pesquisadores optar por aquela que melhor se adapte ao seu objeto de pesquisa, visando a resultados coerentes com a realidade pesquisada.

Um dos itens analisados nos estudos de redes sociais referem-se à sua composição, que pode ser formada por pessoas que recebem e dão apoio. Esta posição é flexível, pois, dependendo da situação, os membros da rede podem mudar de função. O apoio fornecido pode ser na forma de bens e serviços, casos de sociabilidade e informações, entre outros (LEMIEUX E OUOMET, 2004). A contribuição por meio de apoios geralmente é maior quanto maior for o capital social das pessoas ajudadas, ou seja, os recursos aos quais um indivíduo tem acesso por intermédio das relações sociais que estabelece (BOURDIEN, 1980; COLEMAN¹⁴, 1988; PUTNAM¹⁵, 1993 *apud* LEMIEUX; OUOMET, 2004).

Outros autores trazem o potencial de composição das redes, que pode ser constituída por família, amigos, vizinhos, lideranças comunitárias, entre outros, organizadas para suprir os indivíduos em suas necessidades, (RIBEIRO, 2005; BULLOCK¹⁶, 2004 *apud* PEDRO; ROCHA. NASCIMENTO, 2008).

Estes sujeitos que integram uma determinada rede social, cultural, econômica e política podem com participação ativa compartilhar informações, produzi-las, difundi-las, sugerir mudanças, incentivar articulações e estimular a participação de outros indivíduos, e se necessário participar ativamente da (re) construção contínua das redes (ROCHA, 2005; RIBEIRO, 2005). Estas redes ocorrem por meio do fortalecimento de alguns vínculos, rompimento de outros e o estabelecimento de vínculos novos. Inserindo-se em outras redes e

¹⁴ COLEMAN, J. Social capital in the creation of human capital. **American Journal of Sociology**, v.94, p. 95-120, 1988.

¹⁵ PUTNAM, R. The prosperous community: social capital and economic growth. **Current**. v.356, p.4-6, 1993.

¹⁶ BULLOCK K. Family social support. Conceptual frameworks for nursing practice to promote and protect health. In: BOMAR PJ. **Promoting health in families: Applying family research and theory to nursing practice**. Philadelphia: Saunders, 2004.

participando como facilitador destas relações, podem também contribuir com o (re) estabelecimento de sentimentos de pertencimento e reconhecimento social, além de restituir a autoconfiança e a auto-estima (RIBEIRO, 2005).

Toda essa participação e ação dos indivíduos em redes sociais se dá por meio de relações sociais, quase sempre permeadas por apoios e suportes necessários à vida, resultantes da inserção social deste elemento num determinado contexto.

Este apoio, compreendido singularmente, é entendido como coisa sobre a qual alguém ou algo se apoia; suporte, sustentáculo (ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS, 2008). Atrelado ao termo social, define-se como um conjunto de providências expressivas e instrumentais, reais ou percebidas pela comunidade (PEÑA, 2005). Contudo também pode ser conceituado como um método de interação entre pessoas ou grupo de pessoas, que, por meio de contato sistemático, criam vínculos de amizade e informação que proporcionam apoio afetivo, emocional ou material que ajudam no estabelecimento do bem-estar de todos e contribuem de maneira positiva para a manutenção da saúde ou prevenção de doenças (PIETRUKOWICS, 2001).

Neste aspecto, as relações sociais são descritas como as que interferem na percepção do indivíduo quanto ao apoio recebido (BIFF; MAMEDE, 2004). Assim, compreendem que o apoio social é advindo do indivíduo para o/os indivíduos e que gera diferentes tipos de apoio (LANDIM *et al.*, 2006).

Os apoios também são classificados de diversas formas. Uma delas subdivide-os em três grupos: apoio emocional, apoio material ou instrumental e apoio educativo ou informativo. O emocional é definido como algo relacionado com os sentimentos, a estima e as emoções, expressos por meio das relações interpessoais de um grupo, devido ao sentimento de confiança e pertencimento despertado. Por estas relações, as pessoas sentem-se à vontade para expressar medos, dores, angústias, tristezas, ansiedades, entre outras, assumindo um controle maior sobre as situações. O apoio material ou instrumental “reflete a disponibilidade de serviços práticos e recursos materiais, onde estão incluídos”, por exemplo, apoio financeiro ou ajuda nas tarefas de

casa, em caso de necessidade emergencial (SPIEGEL¹⁷, 1997 *apud* PIETRUKOWICZ, 2001).

Apoio educacional ou informativo é considerado como interações sociais positivas e apoio de informações, para oferecer ao grupo espaço de discussão, troca de informações, conselhos, conhecimentos diversos, esclarecimentos, para que encontrem resoluções para seus problemas (SHEBOURNE & STEWART; 1991; BOWLING, 1997; NORBECK et al., 1981; ÖSTERGREN et al., 1991 *apud* GRIEP, 2003). Este tipo de apoio também proporciona sentimento de pertencimento a um determinado grupo que os compreende e os aceita (SPIEGEL⁹, 1997 *apud* PIETRUKOWICZ, 2001).

A classificação descrita acima expressa a dimensão e as funções do apoio social, basicamente sustentada em resultados positivos deste suporte. Porém a eficácia das redes de apoio está relacionada à capacidade que elas têm de favorecer a troca e a circulação de informações, a colaboração em ações e projetos, o compartilhar de experiências, o aprendizado coletivo, o fortalecimento de laços e o aumento do poder de decisão de todos os indivíduos que a compõem (ROCHA, 2005).

Para Sluzki (1997), evidencia-se a repercussão direta dos resultados, tanto positivos quanto negativos, e sobre a vida do indivíduo os efeitos da rede podem ser vistos sob duas perspectivas, a primeira referente aos efeitos que a rede social exerce sobre o indivíduo e sua saúde e reciprocamente, como uma relação circular, de maneira que indivíduo e rede social se afetam mutuamente e potencializam suas propriedades por gerar saúde ou agravar doenças.

Esta classificação em apoio positivo ou negativo, benéfico ou maléfico, círculo virtuoso ou vicioso é que faz com que a rede social não seja necessariamente um sistema social de apoio, aumentando a importância de estudos que objetivam conhecer e intervir nas redes já estabelecidas (LANDIM *et al.*, 2006; SLUZKI, 1997).

Os aspectos positivos evidenciados pelas redes potencializam na maior parte deles a resolução e mediação de problemas (LANDIM *et al.*, 2006), por permitir a demarcação dos riscos de adoecer mediante um determinado

¹⁷ SPIEGEL, D. Apoio social: como os amigos, a família e os grupos podem ajudar. In: GOLEMAN, D.; GURIN, J. org. **Equilíbrio mente e corpo**: como usar sua mente para uma saúde melhor. Rio de Janeiro: Campus, 1997. p. 283-298.

acontecimento, por exemplo, a morte de um familiar. Acredita-se também que o apoio social influencie o sistema imune e aumente a capacidade de enfrentamento do estresse e que a sensação de pertencimento a vida e o controle sobre a mesma beneficiem o estado de saúde (CASSEL¹⁸, 1976, *apud* VALLA, 2000).

Estes benefícios proporcionam ao indivíduo melhora na qualidade de vida e saúde. Esta relação é evidenciada em diversos estudos que confirmam que a rede social sensível, estável, ativa e confiável protege contra doenças, ajuda e encaminha com mais rapidez à utilização de serviços de saúde, “acelera os processo de cura e aumenta a sobrevida, ou seja, é geradora de saúde” (SLUZKI, 1997, p. 80).

Para Landim *et al.*, (2006), em um de seus estudos, identificaram um grupo os líderes comunitários que assumiam papéis de apaziguadores entre conflitos de vizinhos e até problemas mais sérios. Eles funcionavam como nós, identificavam problemas em nome da comunidade e mobilizavam recursos e estratégias para a resolução destes problemas. Estes efeitos beneficiam a saúde do indivíduo aproximando-o da rede (SLUZKI, 1997).

As redes que apresentam aspectos negativos são aquelas que potencializam a situação de doença, afastam o indivíduo da rede e provocam agravamento, entre elas as redes negativas, maléficas ou círculos viciosos. Podem deteriorar a qualidade das interações sociais, reduzir o acesso à rede social e as possibilidades (SLUZKI, 1997). Estas redes também são apresentadas como redes que descuidam, castigam, marginalizam, comprometem e traem (SOLYMOSE SOARES, 2002). Ressalta-se aqui a importância de reconhecer a coexistência destes tipos distintos de apoio pela capacidade de dar auxílio ou dificultar (SOARES¹⁹, 2001 *apud* SOLYMOSE; SOARES, 2002).

Um exemplo de rede social maléfica ou negativa foi referida por Landin, representada por gangues de uma comunidade que favoreciam aos jovens suportes necessário ao poder e dinheiro ilícito, além de proteção (LANDIN *et*

¹⁸ CASSEL, E.J. **The healer's Art**. New York: J.P. Kippincott Company, 1976.

¹⁹ SOARES, M.L.P.V. **Rede Social no Centro de Recuperação e Educação Nutricional: uma proposta de abordagem metodológica com famílias**. Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

al., 2006). A presença destas gangues foi justificada pelo autor pela falta de rede social formal estruturada que melhor direcione toda potencialidade e energia do jovem.

Para este estudo, optou-se pelo conceito de rede social apresentado por Sluzki (1997), que a define como “[...] conjunto de seres com quem interagimos de maneira regular, com quem conversamos, com quem trocamos sinais que nos corporizam, que nos tornam reais” (SLUZKI, 1997, p. 15), e a rede social pessoal “a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anônima da sociedade”.

Neste estudo, utilizam-se alguns aspectos das características propostas por Sluski (1997) a fim de analisar a rede social de apoio às famílias para a promoção do desenvolvimento infantil. Nas funções e estruturas definidas, propõe-se a discussão de aspectos estruturais da rede social como um todo, pautando-se nos seguintes aspectos: tamanho da rede, contabilizando o número de pessoas da rede, e classificando-a em pequena média, ou numerosa; a densidade, obtida por meio da avaliação da existência de conexões entre membros da rede social independente do informante, classificando-a em nível de densidade pequeno, médio, alto e muito alto.

A composição ou distribuição, avaliada por meio da proporção do total de membros da rede localizados nos quadrantes e círculos propostos, é considerada localizada, ampla, muito ampla; a dispersão, por meio da qual se analisa a distância geográfica estabelecida entre membros da rede e o elemento central, influenciando no acesso a bens e serviços ofertados pela rede; a homogeneidade e heterogeneidade demográfica e sociocultural, avaliada por meio da idade, sexo, cultura e nível socioeconômico dos membros da rede, identificando tensões potenciais em subredes, repercussões epidemiológicas, entre outras; assim como os tipos de funções desempenhadas pelos elementos da rede social, classificados em companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e conselhos, regulação social, ajuda material e de serviços e acesso a novos contatos.

O suporte da rede social está envolto por dois aspectos: disponibilidade, quando se nota a existência de um número de pessoas a quem se pode recorrer em caso de precisão; e o grau de satisfação relacionada ao

suporte recebido (SIMIONI; GEIB, 2008). Neste sentido, buscou-se identificar o tipo de apoio percebido pelas famílias em relação à rede social para a promoção do desenvolvimento infantil, que, segundo Vieira *et al.* (2010), é vital para o planejamento do cuidado em saúde.

Para ordenação e disposição destes suportes, utilizou-se a classificação proposta por Sluzki (1997, p.48), que divide as funções da rede em: companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e conselhos, regulação social, ajuda material e de serviços e acesso a novos contatos.

Para classificar o tipo de apoio oferecido pela rede social ao elemento central, neste caso as famílias compostas por crianças entre zero e cinco anos, o autor *op cit* classifica-a por meio de funções desempenhadas pelos elementos de uma rede social, determinadas de Companhia social, que se refere à realização de atividades conjuntas ou simplesmente o estar junto.

Apoio emocional, referente ao intercâmbio que conota atitudes emocionais positivas, clima de compreensão, empatia e simpatia, estímulo de apoio; Guia cognitivo e conselhos, relativo às interações destinadas a compartilhar informações sociais e pessoais, esclarecer expectativas e proporcionar modelos de papéis; Regulação social, refere-se a interações que lembram e/ou reafirmam responsabilidades e papéis, neutralizam desvios de comportamento e afastam das expectativas coletivas, favorecem a resolução de conflitos.

O apoio de ajuda material e de serviços, refere-se à colaboração específica com base em conhecimentos de especialistas ou ajuda física; e Acesso a novos contatos, refere-se a relações que propiciam abertura a novas conexões com pessoas que até então não faziam parte da rede social do indivíduo. Esta é a classificação que se utiliza para identificar o apoio percebido pelas famílias advindo da rede social de apoio.

Os apoios reconhecidos pelas famílias compreendem todas as funções da rede conforme classificação acima, porém com diferentes necessidades. As principais ajudas mencionadas referem-se à companhia social e ajuda material e serviços, seguido de guia cognitivo e conselhos, apoio emocional, regulação social e acesso a novos contatos, desempenhados por diferentes elementos da rede social de apoio as famílias.

É necessário considerar também que cada vínculo pode gerar mais de uma função ao mesmo tempo e que elas se modificam com o tempo, podendo variar de acordo com as necessidades das famílias nos diversos ciclos da vida (SLUZKI, 1997).

Considerando os diferentes tipos de relações e apoios possíveis de uma rede social, realizou-se o agrupamento dos elementos e suportes oferecidos pela rede social de apoio às famílias seguindo a proposta de Sluzki (1997) descrita a seguir nas subcategorias.

Mediante o reconhecimento da rede social de apoio das famílias, os profissionais de saúde e enfermagem podem auxiliar as famílias na compreensão do processo e das necessidades de desenvolvimento infantil e pensar juntos, alternativas para o atendimento da criança (VERÍSSIMO, 2002).

2.4 AS REDES SOCIAIS: POTENCIAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

A intenção de assegurar a equidade e a integralidade na assistência em saúde exige a estruturação de um modelo assistencial que contemple, além do tratamento das doenças, determinantes das condições de saúde da população (CHIESA; VERÍSSIMO; FRACOLLI, 2009). Neste sentido, os profissionais que atuam na Atenção Básica necessitam direcionar seu olhar para além dos indivíduos e para isso precisam instrumentalização sistemática a fim de compreender a funcionalidade familiar e apreender estes como componentes do planejamento de suas ações (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

A partir do momento que a família é vista pelo Estado como elemento em potencial para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, têm sido buscadas alternativas de entrelaçamento entre família e comunidade, almejando pactos com a família por meio de parcerias e participações em ações e projetos dos serviços públicos, escola, unidade de saúde, hospitais, entre outros (CARVALHO, 2003).

Neste sentido, a ESF foi implantada em 2004, pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de reorganizar a prática, substituindo o modelo tradicional de assistência, para uma atenção centrada na família, que deve ser

percebida a partir do ambiente físico e social no qual está inserida. Esta abordagem possibilita aos profissionais compreender de maneira ampliada o processo saúde-doença, além de buscar a construção de ações com base nos princípios de integralidade e equidade (CHIESA; VERÍSSIMO; FRACOLLI, 2009).

Destarte, ampliam-se as possibilidades de o profissional da equipe de ESF trabalhar com as redes sociais, com a finalidade de:

Favorecer a consolidação das relações existentes, promovendo a mobilização das redes em relação ao coletivo, de tal modo que as pessoas possam reconhecer-se, identificar-se e conformar sua participação; fortalecer a capacidade da rede de dar sustentação a seus membros, promovendo sua mobilização em direção à autonomia, de modo que as pessoas possam ocupar-se de seus problemas. (SOLYMOS; MARICONDI; SOARES, 2009, p. 56).

Todavia, a necessidade do planejamento das ações objetiva aumentar a qualidade do apoio social recebido. Este planejamento deve ser realizado pelo profissional de saúde em conjunto com o indivíduo a fim de estabelecerem um plano de ação por meio do qual o indivíduo se percebe como agente ativo, que pode ajudar-se a si mesmo ou receber ajuda de outras pessoas, reconhecendo os processos de sofrimento no qual está inserido e os dispositivos disponíveis de saúde que podem auxiliá-lo por meio de outros tipos de suporte, “além de ações que promovam o desenvolvimento de habilidades sociais e informações sobre como iniciar/estabelecer contatos sociais” (ROTH² *apud* SOUZA, KANTORSKI, 2009, p. 380).

Os profissionais de enfermagem podem identificar atividades desenvolvidas no seu dia a dia como momentos oportunos para o desenvolvimento de ações de promoção à saúde da criança e família por meio da utilização dos conceitos e práticas da rede social de apoio. Alguns desses momentos podem ser apontados como oportunos, como desenvolvimento de práticas de atenção à saúde da criança, visitas domiciliares, ações de educação em saúde coletiva ou individual, na unidade de saúde ou na comunidade, em que se oportuniza articulação entre diferentes elementos da rede social de apoio às famílias em busca da saúde.

Momentos que propiciem às famílias maior conhecimento sobre noções básicas de saúde, nutrição e intervenções no meio ambiente, que objetivem o

aumento do poder de decisão das famílias sobre sua própria saúde e de seus filhos, “podem ter forte impacto positivo sobre os efeitos ligados à saúde” de crianças e gestantes (UNICEF, 2009).

Nas interlocuções nos momentos de contato com as famílias, entrevistas, reuniões, visitas, o enfermeiro deve buscar aprofundar o significado de cultura e da realidade familiar, sendo possível a introdução de valores mais democráticos por meio de diálogos entre suas redes de convivência, da postura e transparências nas ações, na abertura de espaços de discussão sem censura em relação aos aspectos do cotidiano (TAKASHIMA, 2000), o que pode favorecer o vínculo profissional-família e propiciar o desenvolvimento de ações direcionadas à promoção do desenvolvimento infantil.

Assim, os profissionais de saúde podem usufruir da colaboração e envolvimento das redes de apoio social, atuar de maneira criativa e buscar potencializar e mobilizar as fontes de apoios apropriadas, ampliar o número de participantes e as atividades que cada um desenvolve, além de proporcionar a redução de efeitos não desejados, ações que se tornam fundamentais diante das dificuldades apresentadas pelas limitações dos serviços de saúde. Estas ações favorecem o intercâmbio entre as iniciativas de apoio que podem incorporar-se às ações de saúde (RIBEIRO, 2005; LANDIM *et al.*, 2006).

Para atuação dos profissionais de saúde e enfermagem com base no constructo de rede social, é necessário identificar qual é a rede que a família reconhece como apoio à saúde e promoção do desenvolvimento infantil, como se dão estas relações e efetivação destes apoios. Para tanto, são necessários esforços para buscar, por meio da família, identificar estes elementos, pois muitos deles não estão incorporados na vida de cada família, não sendo visíveis nem perceptíveis aos olhos profissionais (ALTHOFF, 2004).

Desse modo, pode-se afirmar que conhecer a rede e o apoio social disponível às famílias pode contribuir para o seu cuidado, constituindo uma possibilidades de ampliação estratégicas para alívio de tensões e compartilhamento de responsabilidades (VIERA, *et al.*, 2010).

Neste sentido, o reconhecimento da rede social de apoio dos indivíduos possibilita a consideração de uma realidade mais ampla, que transcende os aspectos biológicos envolvidos no processo de cuidar (SOUZA, SOUZA, TOCANTINS, 2009). Este fato pode auxiliar os profissionais de

enfermagem no apoio às famílias na identificação dos elementos e vínculos que possuem e que podem dar suporte e ajudá-las a superar suas dificuldades, principalmente para famílias em situação de pobreza em prol da saúde e desenvolvimento infantil adequado (SOLYMOS, SOARES, 2002).

Além de identificar, os profissionais de enfermagem podem direcionar as famílias para que usufruam dos bens e serviços disponíveis, que lhes propiciarão inclusão social e melhoria da qualidade de vida. O ideal é que estas entidades sejam descentralizadas e embasadas na comunidade, para otimizarem as relações e recursos existentes, todavia, em sua maioria são descontínuas, sem preparo adequado, desvinculadas de outros serviços e sem infraestrutura de rede de apoio (CARVALHO, 2000).

O profissional de saúde que consegue vislumbrar a rede social de apoio à família e trabalhar com esta abordagem pode articular diferentes elementos a fim de auxiliar a família nas necessidades emergidas e comuns a elas (SOLYMOS, MARICONDI, SOARES, 2009). Também pode auxiliá-las a compreender as necessidades e o processo de desenvolvimento infantil, buscando novas alternativas para o atendimento da criança, também na arena do papel educativo em saúde (VERÍSSIMO, 2002).

Este reconhecimento da rede social de apoio permite ao enfermeiro: utilizar-se destes recursos para estimular na família as diferentes contribuições, favorecendo o desenvolvimento infantil saudável; articular os diferentes elementos familiares, favorecendo a socialização das crianças, acesso à saúde, educação e lazer; e identificar potencialidades nos diferentes elementos da rede social de apoio das famílias, indicando e favorecendo a promoção do desenvolvimento infantil (SOLYMOS, SOARES, 2002).

A conexidade da rede depende de cada família, que opta por estabelecer novas relações ou rompê-las, todavia o número de escolhas é limitado, abrindo espaço para que o meio social exerça sua influência de maneiras diferenciadas (BOTH, 1976). A partir de então, alegam-se evidências referentes à importância ativa da comunidade em apoiar as famílias em momentos críticos, tendo esta um papel de luta comunitária (VICENTE, 2000).

Se a família conhecer a sua rede, poderá "responsabilizar-se por suas redes adotando atitudes pró-sociais e efetivas para o seu desenvolvimento" (BRITO, KOLLER, 1999, p. 125). Neste sentido, é necessário que, além de o

profissional conhecer a rede social de apoio às famílias, oportunize a ela conhecê-la, a fim de que adote atitudes proativas, conquiste autonomia em suas escolhas, formação de novos vínculos, fortalecimento de outros, enfim, participe ativamente buscando apoio para o cuidado de seus membros e a saúde como um todo.

Portanto, a incorporação do construto da rede social em suas atividades pode subsidiar os profissionais de saúde na prática (ROTH²,1989 *apud* SOUZA; KANTORSKI, 2009) mediante sua incorporação na avaliação de enfermagem, por meio da qual poderá obter dados relevantes a respeito do potencial de suporte e do suporte atual disponível à família, possibilitando ao profissional atuar em determinantes sociais e intervir na deficiência do suporte ou da rede (LANDIM *et al.*, 2006).

A apropriação do referencial teórico de rede social de apoio pelos profissionais de enfermagem pode “constituir importante subsídio para a eficácia de suas ações, bem como favorecer um olhar mais abrangente acerca do contexto social vivenciado pelas pessoas”, assim como a busca de melhorar a qualidade de vida das pessoas (SOUZA, SOUZA, TOCANTINS, 2009).

Deste modo, a soma dos esforços entre profissionais de saúde e rede de apoio social contribui na constituição de uma estratégia forte para a promoção da qualidade de vida e condições de saúde (LANDIM *et al.*, 2006) da criança e família.

Assim, considera-se que as equipes de saúde, famílias e comunidades têm um solo ético e humanístico para fortalecer o potencial de entrecruzar redes, “tencionar, fortalecer e abrir laços em troca de solidariedade, pressionando, apoiando, unindo, através dos vários protagonistas sociais” desde a família, parentes, vizinhos, comunidade, profissionais, instituições, lideranças, políticos, a sociedade civil como um todo (TAKASHIMA, 2000, p. 91) com vistas à promoção do desenvolvimento infantil.

Neste sentido, a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e a redução da mortalidade infantil do Ministério da Saúde (2004) indicam que o foco de todos os profissionais deve centrar-se dentro do contexto da família e sociedade, contribuindo cada um com seus saberes e possibilidades de atuação integral. Assim, o profissional de saúde deve aproveitar cada oportunidade de atuação, prevenção, promoção e assistência

para visar ao cuidado, com vinculação e responsabilização sobre a continuidade de atenção à saúde, articular sua ação com a de outros atores sociais, também nos diferentes níveis de atenção, conformando uma rede de saúde e de apoio social, por onde devem circular crianças e famílias usufruindo de seus benefícios (BRASIL, 2004).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com método descritivo. A pesquisa qualitativa caracteriza-se pela predominância da análise e interpretação de aspectos mais profundos e complexos do ser humano, investiga o significado das ações e das relações humanas, um lado não perceptível e não captável na pesquisa quantitativa (MINAYO, 2004). A opção pela pesquisa qualitativa se deu porque esta modalidade de investigação visa a compreender a relação complexa dos seres humanos com a natureza, com a realidade em que vivem, neste caso, as rede sociais (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Segundo Morse e Field (1995), utiliza-se este tipo de pesquisa quando se busca compreender, explicar ou descrever fenômenos, realizando-a dentro do contexto em que os fenômenos estão ocorrendo, ou seja, os elementos que determinam o estudo evoluem durante o curso do projeto, por se basearem nas investigações da realidade (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Outra característica da pesquisa qualitativa que contribuiu para sua escolha deu-se pelo seu delineamento flexível e elástico, podendo articular várias estratégias de coleta de dados na busca da compreensão do todo, o que exige do pesquisador um envolvimento intenso com o estudo e análise contínua dos dados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Neste caso, optou-se por duas técnicas de coleta de dados, entrevista e grupo focal, que possibilitam contato direto do pesquisador com indivíduos ou grupos, nos ambientes e situações que estão sendo investigadas (MARCONI, LAKATOS, 2005).

Para adquirir certo grau de validade científica, exige-se do pesquisador uma precisa delimitação de métodos, técnicas, modelos e teorias para orientar a coleta e interpretação dos dados (TRIVIÑOS, 1987). Neste, utilizam-se técnicas padronizadas de coleta de dados para caracterizar o estudo de grupos; estudo do nível de entendimento dos órgãos públicos e da

comunidade; levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população e descobrir a existência de associações entre as variáveis (GIL, 2007).

A modalidade estudo descritivo tem como foco “o desejo de conhecer a comunidade, seus traços característicos, suas gentes, seus problemas [...]”, almeja descrever “com exatidão” os fenômenos e fatos de determinada realidade ou estabelecer relações entre as variáveis (TRIVIÑOS, 1987, p. 110), características que nos auxiliaram na opção por este método, considerado coerente para descrição da rede social de apoio às famílias para a promoção do desenvolvimento infantil, na perspectiva das famílias, pois nos possibilita também compreender o contexto comunitário no qual estão inseridas as redes sociais, seus componentes, além de descrever os fenômenos e fatos que determinam sua formação e conformação.

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa desenvolveu-se em três unidades de saúde com ESF de um município da região metropolitana de Curitiba, cuja escolha foi motivada principalmente pela vinculação do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (UFPR) com a Secretaria de Saúde do Município, mediante vários projetos, entre eles o de extensão denominado Promoção da saúde, necessidades, organização e demandas, através das linhas programáticas de Atenção Integral à criança; Atenção à Saúde do Portador de Doença crônica; e Saúde Bucal, que conta com diferentes atores, acadêmicos, professores e equipes de saúde.

Outras vinculações dão-se por meio do programa PET-Saúde (Programa de Educação pelo trabalho para a Saúde) instituído pelo Ministério da Saúde e Educação destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial na ESF (BRASIL, 2008) e do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, com a formação de especialistas na área, entre eles enfermeiros, médicos, nutricionistas e odontólogos.

3.2.1 Perfil do município

O município de Colombo compõe a região metropolitana de Curitiba, capital do Paraná, e está distante desta 17,30 km aproximadamente. Possui uma área territorial de 197.805 km², composta de 128.300 km² de área rural e 70.400 km² de área urbana que se distribui em 42 bairros e mais de 200 loteamentos, sendo 70% do território em área de Proteção Ambiental (IPARDES, 2010).

Há uma população estimada para 2009 de 247.268 habitantes, sendo 96,10% moradores da região urbana do município (IPARDES, 2010). Do total de habitantes, o município conta com uma estimativa (2009) de 21.227 crianças na faixa de zero a quatro anos (BRASIL, 2010a), o que corresponde a 8,58% da população total.

No ano de 2000, possuía 35.038 pessoas e 8.921 famílias em situação de pobreza, população com renda *per capita* até meio salário mínimo (IPARDES, 2010). A rede de abastecimento de água abrange o total de 92,7% da população, a rede de esgoto 43,8% e a coleta do lixo um total de 97,5% (IPARDES, 2000).

Alguns indicadores expressam as condições de vida e saúde de uma determinada população, entre eles os Índices de desenvolvimento humano, índice de desenvolvimento infantil e taxa de mortalidade infantil. O Índice de desenvolvimento Humano é um indicador composto por diferentes fatores como esperança de vida ao nascer, desenvolvimento na dimensão educação, frequência escolar, taxa de longevidade, taxa de alfabetização de adultos e renda per capita, com valor de 0.764 no ano de 2000 no município (IPARDES, 2000).

O Índice de Desenvolvimento Infantil (IDI) é composto pelos indicadores escolaridade precária dos pais, considerada como a relação de estudo inferior a quatro anos, avaliação dos serviços de saúde quanto ao alcance na abrangência na imunização da DTP e tetravalente, e índice de gestantes acompanhadas em mais de seis consultas pré-natais. E como parâmetro na educação, avalia-se a porcentagem de crianças matriculadas na pré-escola. O município apresentou um IDI de 0,677 em 1994, em 2004 o IDI

progrediu para 0,736, o que supera os resultados correspondentes ao estado que foram de 0,72 em 2004 (UNICEF, 2006).

A taxa de natalidade por mil habitantes é de 14,6 e teve um total de 3.521 nascimentos em 2008. Destes nascimentos, 21,6% eram de mães entre 10 e 19 anos e 27,7% com baixo peso ao nascer (BRASIL, 2010a).

O coeficiente de mortalidade infantil do município foi registrado em 1994 em 28,50, evoluindo com queda para 16,2 em 2008 (BRASIL, 2010a). Referente à taxa de mortalidade infantil, o município apresentou em 2006 um total de 49% das mortes por algumas afecções originadas no período perinatal, e das crianças de um a quatro anos, 60% devido a causas externas de morbidade e mortalidade (BRASIL, 2009).

O sistema de saúde conta com uma Secretaria Municipal de Saúde, dois prontos-socorros, 15 policlínicas privadas, um hospital geral e um hospital especializado filantrópico, cinco consultórios particulares, quatro clínicas de serviços especializados públicos e seis privados e mais 29 centros de unidades básicas de saúde (BRASIL, 2009).

A rede de atenção básica de saúde do município está atualmente em processo de distritalização. Como já existe uma divisão teórica em três distritos sanitários, optou-se por segui-la. Esta rede contempla 21 unidades de saúde, sendo nove unidades com Estratégia de Saúde da Família e 12 unidades básicas de saúde.

Para seleção das UBS (Unidade Básica de Saúde), utilizou-se neste estudo a divisão por distrito sanitário, na qual foi incluída uma UBS pertencente a cada distrito. Optou-se por aquela com ESF que apresentava estimativa do maior número de crianças na faixa etária de zero a cinco anos no território adstrito à UBS, codificadas como UBS1, UBS2 E UBS3, que contemplavam, respectivamente, 554, 561 e 373 crianças de zero a cinco anos (COLOMBO, 2010).

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

A composição dos sujeitos da pesquisa contempla o critério de representatividade da população, definindo o número de sujeitos por inclusão

progressiva, interrompendo a coleta mediante critério de saturação, ou seja, quando as concepções, explicações e sentidos atribuídos pelos sujeitos apresentaram uma regularidade (MINAYO; GOMES, 2008).

Para seleção das famílias, utilizou-se a organização territorial em áreas e microáreas das UBS (Figura 2). Para cada microárea fez-se o sorteio de duas ruas. Na sequência, identificaram-se todas as famílias que tinham crianças de zero a cinco anos que nelas residiam. Com a intenção de que participasse uma família de cada rua, fez-se um novo sorteio, que resultou na seleção e visita domiciliar a 92 famílias.

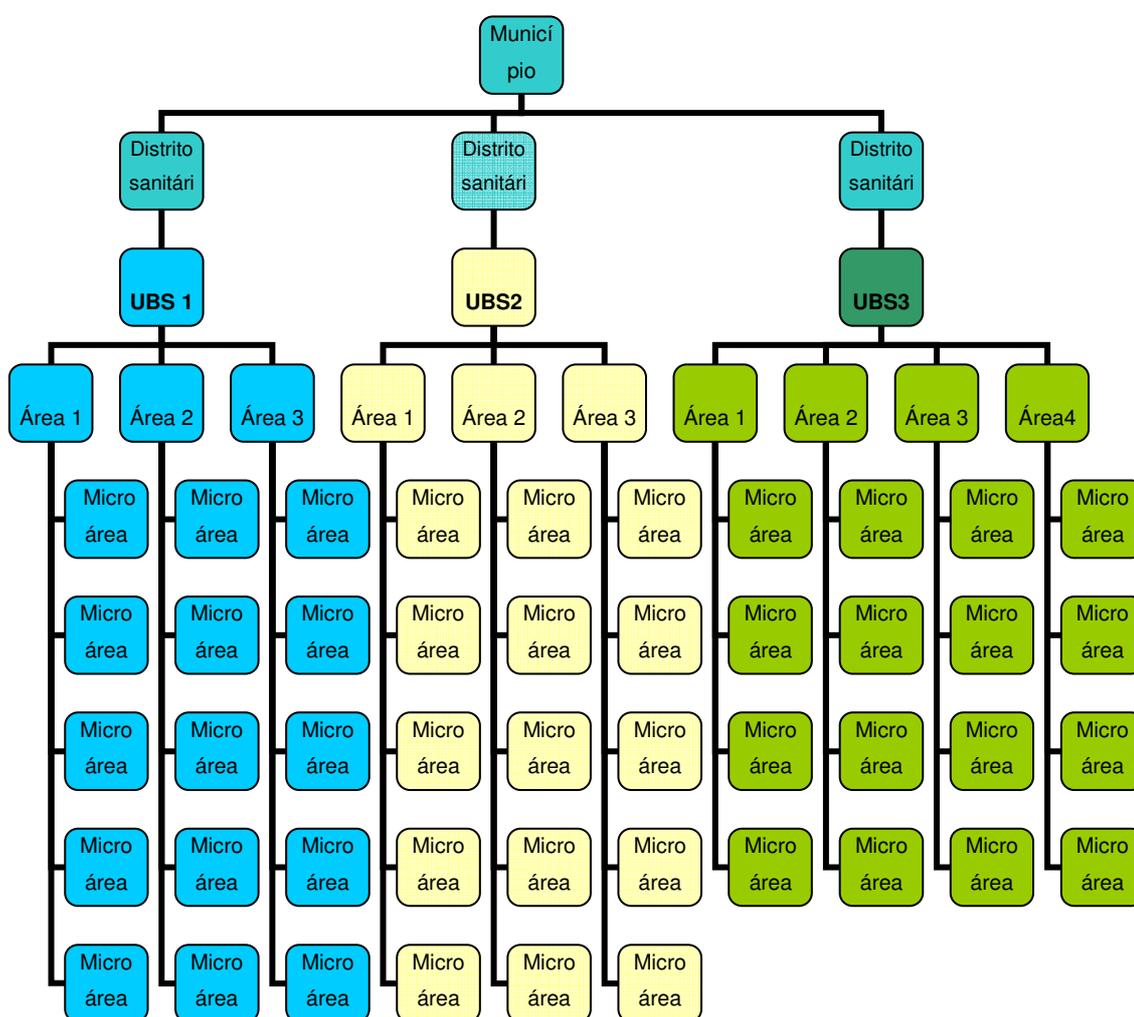


FIGURA 2 – ORGANOGRAMA DA DIVISÃO TERRITORIAL DAS UBS CONFORME DISTRITO, ÁREAS E MICRO ÁREAS
FONTE: A autora (2010).

Das 92 famílias visitadas, foram efetivadas 86 entrevistas, no período de outubro de 2009 a fevereiro de 2010, contemplando o critério de saturação

de dados. Destas 86 famílias, 28 pertenciam à UBS 1, 34 à UBS 2 e 24 à UBS 3. Uma das entrevistas foi excluída a pedido do respondente.

Assim, compuseram a pesquisa 85 sujeitos membros de famílias compostas por crianças de zero a cinco anos, o membro que estava disponível e concordou em participar do estudo, residentes na área de abrangência de uma das três Unidades de Saúde com ESF incluídas no estudo.

3.4 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, utilizou-se duas técnicas, a entrevista e o grupo focal. A primeira refere-se à entrevista semiestruturada, escolhida para este estudo devido à sua contribuição para o alcance do objetivo proposto, pois esta técnica oferece liberdade e espontaneidade necessárias às investigações devido à presença do investigador frente ao informante (TRIVIÑOS, 1987); também permite ao pesquisador relacionar ao investigado o tema proposto, e este pode seguir espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo pesquisador, participando na elaboração do conteúdo da pesquisa (TRIVIÑOS, 1987).

Outras vantagens referem-se à sua aplicabilidade a todos os segmentos da população, independentemente do grau de instrução, o que facilita ao entrevistador esclarecer dúvidas, reformular perguntas e especificar alguns significados ao entrevistado (MARCONI; LAKATOS, 2005), além de sua duração flexível, pois depende diretamente das circunstâncias que rodeiam o informante e o assunto (TRIVIÑOS, 1987).

Sua pouca estruturação deve-se ao interesse do pesquisador em conhecer o significado que o informante fornece aos fenômenos e eventos de sua vida cotidiana (MARCONI; LAKATOS, 2004). Neste caso, possibilitou a compreensão da rede social de apoio às famílias para a promoção do desenvolvimento infantil, segundo a perspectiva das famílias, mediante algumas questões direcionadoras.

Para aplicação desta técnica, prevê-se a utilização de um *guia de tópicos* escritos, com objetivo de garantir que todas as áreas das questões

sejam abordadas, encorajando o informante a falar livremente sobre os tópicos constantes no guia (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Deste modo, elaborou-se um roteiro (Apêndice 1) com questões referentes à identificação do respondente, dados da mãe ou responsável pela(s) criança(s), informações referentes ao chefe da família, indicadores de inserção social, indicadores de qualidade do domicílio, composição familiar e questões direcionadoras com objetivo de identificar a rede social de apoio às famílias à promoção do desenvolvimento infantil utilizado durante a entrevista com as famílias.

As visitas domiciliares às famílias foram realizadas pelo pesquisador acompanhado do ACS (Agente Comunitário de Saúde) responsável pela respectiva microárea, com o objetivo de apresentar às famílias o objetivo da pesquisa, obter seu consentimento, realizar uma entrevista com elas e convidá-las a participar de uma sessão de grupo focal posteriormente.

As entrevistas foram realizadas no domicílio das famílias. Num primeiro momento, realizou-se a explicação às famílias dos objetivos da pesquisa, formas de coleta de dados (entrevista e grupo focal), garantia do sigilo, liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento no decorrer do trabalho, informações sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2). Mediante concordância e assinatura do TCLE, realizou-se a entrevista propriamente dita. Todas as entrevistas foram gravadas em mídia digital e transcritas posteriormente na íntegra, sendo os indivíduos identificados com codinomes.

O acesso as famílias sujeitos do estudo, foi permeada por algumas dificuldades. Após sorteio da família, dirigia-se a residência das famílias a fim de realizar a coleta de dados por meio da entrevista. Quando não encontrava-se a família em casa, direcionava-se a casa ao lado, até encontrar uma família com crianças nesta faixa etária que aceitasse participar da pesquisa.

Houve pouca recusa em participar da pesquisa por parte das famílias, talvez pela presença do ACS junto ao pesquisador. A maior dificuldade vivenciada foi em algumas casas, a ausência de um maior de 18 anos que respondesse pela família. Nestes casos retornavam-se até no máximo duas vezes com objetivo de encontrar o responsável.

Após as entrevistas, as famílias foram convidadas a compor a sessão de grupo focal. Esta técnica se desenvolve por meio de sessões grupais como

espaço de expressão de características psicossociológicas e culturais. Objetiva-se a coleta de dados a partir de discussões planejadas em que os participantes podem manifestar suas percepções, crenças, valores, atitudes e representações sociais sobre uma questão específica, neste caso a rede social de apoio às famílias, num ambiente permissivo e não-constrangedor (WESTPHAL; BÓGUS; FARIAS, 1999).

Para cada grupo de famílias entrevistadas, pertencentes a uma das UBS, foi realizada uma sessão de grupo focal. Foram três sessões, realizadas no período de outubro de 2009 a fevereiro de 2010. Para isso, utilizaram-se espaços comunitários (salão da igreja, associação de moradores, unidade de saúde), conforme indicação da equipe de saúde local.

Participaram do grupo focal 19 famílias, sendo oito pertencentes à UBS 1, cinco famílias da UBS 2 e seis famílias da UBS 3. A composição dos participantes em cada grupo focal foi determinada pela distribuição por Distrito Sanitário, buscando configurar a diversidade do grupo.

Para realização das sessões, utilizou-se de um guia temático (Apêndice 3) que subsidiou a discussão (WESTPHAL; BÓGUS; FARIAS, 1999). O grupo focal foi organizado em três momentos: **no primeiro**, os participantes foram convidados a identificar de maneira individual sua rede social de apoio, por meio das seguintes questões: coloque seu nome no centro da folha em branco; inclua as pessoas à sua volta que você considera importantes; acrescente os serviços ou pessoas da sua comunidade que auxiliam você no cuidado com as crianças.

A realização desta atividade subsidiou **o segundo momento**, caracterizado pela discussão dos conceitos de rede, apoio e rede social, a partir do conhecimento do grupo, e teorizado pelas concepções de Sluzki (1997) sobre o tema.

No terceiro momento, realizou-se, coletivamente, a identificação dos elementos da rede social de apoio às famílias e do grau de proximidade estabelecido na relação entre eles e as famílias. Para o cumprimento desta etapa, utilizou-se o Mapa Mínimo de Relações (MMR) (Figura 3) proposto por Sluzki (1997), devido à sua aplicabilidade acessível a diferentes culturas, situações econômicas, níveis de instrução e por considerar o significado individual atribuído aos componentes da rede social de apoio.

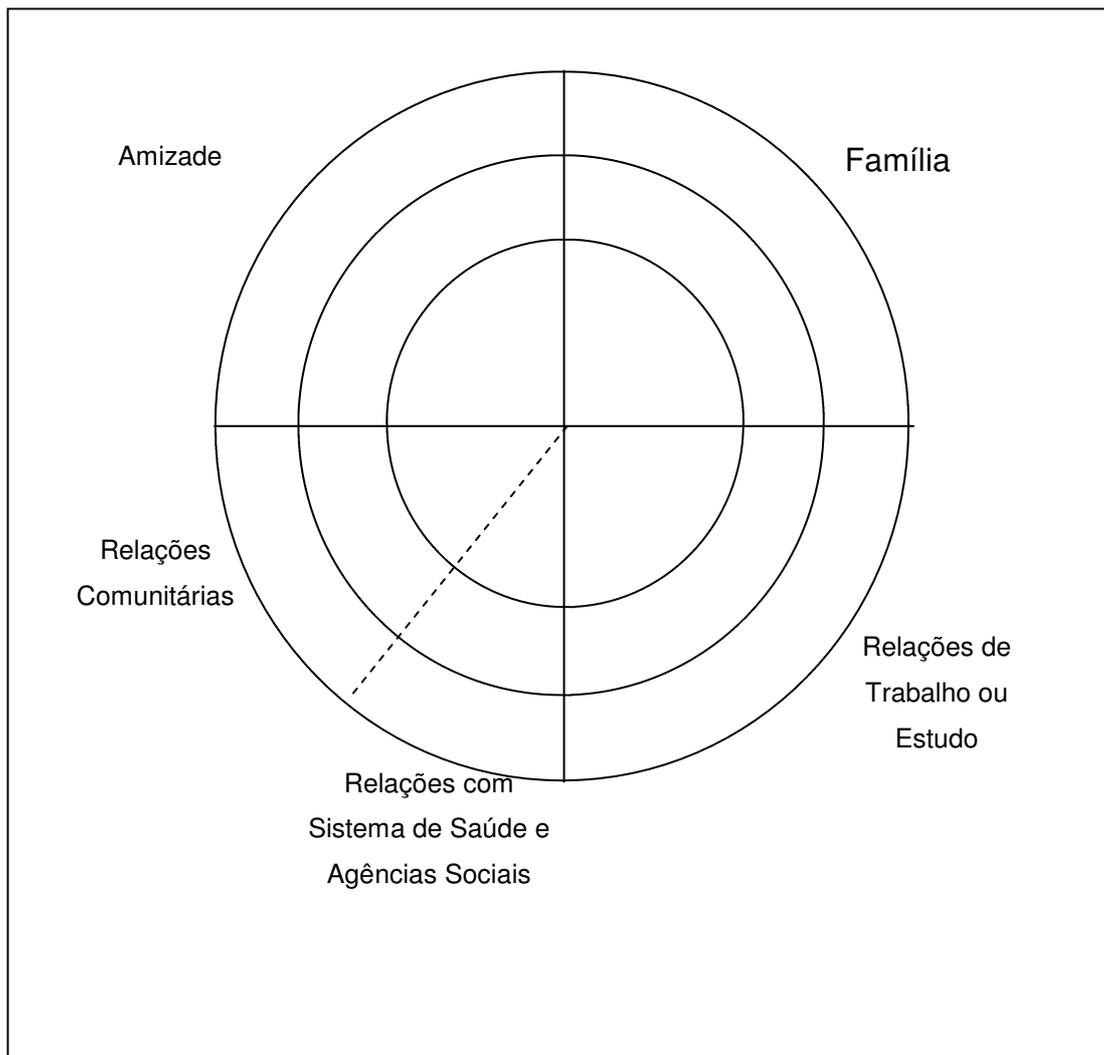


FIGURA 3 – MAPA MÍNIMO DE RELAÇÕES
 FONTE: SLUZKI (1997).

O mapa é composto por quatro quadrantes, que representam as diferentes relações sociais de Família, Amizades, Relações Comunitárias e Credo, incluindo a subdivisão das Relações com Sistemas de Saúde e Agências Sociais, e Relações de Trabalho ou Estudo. Os quadrantes são subdivididos em três círculos concêntricos que indicam o grau de proximidade das relações, sendo que o primeiro representa relações com maior grau de compromisso, o círculo intermediário, relações com menor grau de compromisso, e o externo, as relações ocasionais (SLUZKI, 1997).

A Figura 3 foi exposta em um cartaz, e as seguintes perguntas foram feitas aos participantes do grupo: quem são as pessoas importantes de sua vida? Quem são as pessoas com quem você pode contar no cuidado com as

crianças? Quais os serviços ou lugares da comunidade que lhe proporcionam algum tipo de auxílio no cuidado com as crianças? Destas discussões, emergiram os elementos indicados pelo grupo, que foram inseridos no MMR, conforme o grau de proximidade estabelecido entre os elementos e as famílias.

Os MMR oriundos das discussões foram agrupados, gerando a Figura 5 apresentada na discussão dos dados. As sessões foram gravadas em mídia digital e transcritas posteriormente. O período de realização da coleta de dados foi compreendido entre outubro de 2009 a fevereiro de 2010.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise das informações, utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2002), que permite ao pesquisador compreender além dos significados imediatos das comunicações.

A Análise de Conteúdo é definida por Bardin como:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (BARDIN, 2002, p.42).

Este tipo de análise conta com diferentes técnicas, entre elas a Análise Temático-Categorial (BARDIN, 2002; OLIVEIRA, 2008), a mais antiga e a mais utilizada, que propõe o “desmembramento do texto em unidades, em categorias, segundo reagrupamentos analógicos”. Nas diferentes possibilidades de categorização, a análise temática, ou investigação dos temas é eficaz e rápida quando aplicada a discursos diretos e simples (BARDIN, 2002, p. 153).

Como os documentos utilizados na análise dos dados se referem às transcrições das entrevistas e grupo focal, optou-se pela análise Temático-Categorial, que é caracterizada pela “contagem de um ou vários temas ou itens

de significação, numa unidade de codificação previamente determinada” (BARDIN, 2002, p. 77).

A análise de Conteúdo é organizada em três etapas: pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação dos dados (BARDIN, 2002). A pré-análise consiste na escolha dos documentos para análise, constituindo o *corpus* de análise, a formulação de hipóteses e objetivos da análise e elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final (BARDIN, 2002).

Nesta primeira etapa, como já havia realizado a escolha dos documentos e delimitação dos objetivos, fez-se a organização sistemática das transcrições das entrevistas, seguida de leituras exaustivas e flutuantes dos textos, em que se buscou apropriar-se dos conteúdos, porém sem intenção de perceber dados específicos na leitura.

Na segunda etapa, exploração dos materiais, trabalhou-se com a transformação dos dados brutos em unidades de contexto, as quais descrevem exatamente as características relacionadas ao conteúdo expresso no texto (BARDIN, 2002). Realizou-se aqui a operação de Codificação do material, na qual se transformaram os dados brutos em representações significativas do conteúdo por meio de unidades de registro, unidades de contexto e categorias.

Unidades de registro são “elementos obtidos através da decomposição do conjunto das mensagens” (MINAYO, 2004, p. 75). Podem ser temas, frases, palavras, parágrafos, entrevistas, personagens, entre outros, dependendo da regra de recorte do sentido utilizada pelo pesquisador (BARDIN, 2002; OLIVEIRA, 2008). A unidade de contexto corresponde ao segmento da mensagem que permite a compreensão da unidade de registro, por exemplo, uma frase ou tema (BARDIN, 2002).

A categorização é realizada por meio de classificação, diferenciação e reagrupamento de elementos constitutivos de um conjunto, elaborando classes que reúnem grupos de elementos comuns, ou seja, que fornecem representações simplificadas dos dados brutos (BARDIN, 2002).

Na elaboração das categorias, buscou-se seguir rigorosamente algumas características referentes à qualidade das categorias explicitadas por Bardin, entre elas a exclusão mútua, na qual um elemento se encontra presente em uma única categoria; a homogeneidade, na qual se busca utilizar

um único princípio de classificação para a organização; a pertinência, quando a categoria se adapta ao material de análise, e pertence ao mesmo quadro teórico definido; a objetividade e fidelidade, em que se realiza a mesma codificação para todo o texto; e a regra da produtividade, que objetiva a apreensão de categorias significativas e “férteis” aos resultados (BARDIN, 2002).

O agrupamento das unidades de contexto possibilitou a construção de duas categorias nominadas Rede Social de apoio às Famílias, subdividida em quatro subcategorias nominadas Rede Social Familiar, Rede Social de Amizade, Rede Social Comunitária e Rede Social de Trabalho e Estudo, e Atributos Relacionais da rede social de apoio às famílias.

Para realização da terceira e última etapa, referente ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação, utilizou-se MMR proposto acima, como guia para descrição cursiva dos resultados. Estes resultados são acompanhados de exemplificações das unidades de registro significativas para cada categoria, além da discussão dos resultados (OLIVEIRA, 2008).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Para atender e respeitar os preceitos éticos da Resolução 196/96, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as normas para pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2003), o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná após a concordância da Secretaria Municipal de Saúde de Colombo (Anexo1) e recebeu parecer favorável à realização da pesquisa sob o registro CEP/SD: 780.115.09.08 e CAAE: 3145.0.000.091-09 na data de 23 de setembro de 2009 (Anexo 2).

Aos sujeitos da pesquisa foram apresentados os objetivos do estudo e todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após sua realização. A participação somente se deu mediante assinatura do Termo do Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2).

A fim de garantir o sigilo e o anonimato dos participantes, todos os documentos, TCLE, roteiros das entrevistas, fitas de gravação, transcrições, entre outras, serão mantidos em arquivo, sob guarda do pesquisador por um período de cinco anos, sendo destruídos posteriormente. Os indivíduos foram identificados com os códigos pelas letras A, B, C – correspondentes às três unidades de saúde inclusas no estudo – seguida dos números arábicos por ordem numérica para cada uma das UBS (A1, A2 ...); (B1... B34); (C1... C28) seguindo a ordem das entrevistas, além da utilização de nomes fictícios quando mencionados pelos sujeitos.

A codificação para os participantes das sessões de grupo focal seguiu a lógica explicitada acima, incluindo uma letra ao código, como AA1, BB23, entre outros.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A interpretação dos dados permitiu descrever a conformação da rede social de apoio às famílias para a promoção do desenvolvimento infantil. Os dados foram ordenados em duas categorias temáticas nominadas de Rede Social de apoio às Famílias e atributos relacionais da rede social de apoio às famílias.

Na primeira categoria, são apresentados os elementos que compõem essa rede, suas características, distribuição, tamanho, densidade e dispersão, assim como os tipos de apoios exercidos por cada um dos elementos. Esta categoria está subdividida em quatro subcategorias, nominadas de Rede Social Familiar, Rede Social de Amizades, Rede Social Comunitária e Rede Social de Trabalho e Estudo.

Na segunda categoria, descreve-se o tipo de relação estabelecida entre as famílias e cada elemento da rede, conforme o grau de compromisso reconhecido por elas.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS

As características dos representantes das famílias que responderam às entrevistas referentes ao sexo são 98,8% (84) do sexo feminino e 1,2% (01) do sexo masculino. Destes 80% (68) foram mães 18,8% (16) avós e 1,2% (01) irmã. Em relação à idade do respondente, encontrou-se 36,5% (31) entre 21 e 30 anos; 27,1% (23) entre 31 e 40 anos; 12,9% (11) com idade entre 18 e 20 anos; 10,6% (09) entre 41 e 50 anos; 10,6% (09) entre 51 e 60 anos; e 2,4% (02) maiores de 60 anos.

No item referente à escolaridade, encontrou-se 61,2% (52) com ensino fundamental incompleto, 12,9% (11) com ensino fundamental completo, 8,2% (07) com ensino médio completo, 7,1% (06) com ensino médio incompleto, 5,9% (05) dos respondentes analfabetos e 4,7% (04) com ensino superior incompleto.

Para cada grupo de famílias entrevistadas pertencentes a uma das UBS, foi realizada uma sessão de grupo focal. Participaram 19 famílias, representadas em sua maioria por mães (80%), avós (15%) e um pai (5%).

Na identificação das mães e/ou responsáveis pelas crianças menores de cinco anos, verificou-se que 95,3% são mães, 3,5% avós e 1,2% pai, com média de idade de 29,2 anos. Destes, 43,5% mantêm-se em união consensual; 36,5%, casados; 14,1%, solteiros; e 5,9%, separados. Nota-se a presença de diferentes elementos responsáveis pela criança, contemplando diferentes gerações e gêneros, representados por pessoas em idade produtiva e famílias em desenvolvimento. Em relação a vínculos empregatícios destes responsáveis, 69,4% referem ausência e apenas 30,6% mantêm relações trabalhistas, fator que interfere diretamente no acesso a bens e serviços das famílias e crianças.

Os cuidados e a sobrevivência infantil variam de acordo com os padrões culturais das comunidades onde vivem, porém algumas características contribuem para o desenvolvimento infantil adequado. No caso da escolaridade da mãe, é considerada entre os fatores que mais afetam a mortalidade infantil, sendo que mães com menos de um ano de estudo indicam taxa de mortalidade infantil de 93 mortes para cada mil crianças. Quando a escolaridade varia entre um a três anos, este índice cai para 70 por mil nascidos vivos e entre nove a 11 anos de estudo, a taxa média é de 28 por mil nascidos vivos (UNICEF, 2001). Neste estudo, verificaram-se baixos índices de escolaridade materna, em que 54,1% apresentaram ensino fundamental incompleto, ou seja, menos de oito anos de instrução, fator que pode indicar vulnerabilidade social e riscos à saúde e vida das crianças.

Na indicação das famílias, em 49,4% o marido é considerado chefe da família; 22,4% referiram a mãe; 15,3%, avó/avô; 7,1%, o casal; 3,5% referiram não ter chefe; 1,2% o pai da criança; 1,2% a tia da criança, sendo estes indicados algumas vezes com referência ao elemento responsável pela renda familiar. De acordo com o modelo hegemônico de família nuclear, a autoridade masculina, indicada pelo marido ou pai das crianças, é representada pela figura do chefe da família tanto no plano das representações como jurídico, baseado nas ações de provedor financeiro e exemplo de saberes apreendidos por meio da socialização (ROMANELLI, 2003).

Nota-se a presença significativa dos avós como elementos chefe das famílias, dados também indicados em outro estudo, em que estes foram representados por 18,38% das famílias investigadas (MAZZA, 2007).

Em relação à escolaridade do chefe da família, ela variou desde analfabeto até pessoas com ensino superior completo, sendo a maioria, 56,5%, indicados com ensino fundamental incompleto e 20,7% com ensino médio completo. Segundo a Unicef (UNICEF, 2001), a baixa escolaridade do responsável da família, do chefe da família, impacta no nível salarial, renda da família e escolarização dos filhos, interferindo no poder de a família e a comunidade participar ativamente dos processos de desenvolvimento comunitário, o que pode influenciar também no desenvolvimento infantil.

A renda familiar e a renda do chefe da família também foram analisadas, indicando pelas famílias 37,6% com renda entre 1,1 e dois salários mínimos; 24,7% com renda entre 2,1 e cinco salários mínimos; 8,2% acima de cinco salários mínimos; 7,1% renda entre 0,6 e um salário mínimo; 3,5% renda de até meio salário mínimo e 1,2 % sem renda; e 17,6% não quiseram ou não souberam informar. Sendo a renda considerada um fator relevante na autonomia das famílias para a reprodução social, acesso a bens e serviços, relacionado também com a escolarização das crianças (UNICEF, 2001), a baixa renda familiar referida, associada à média de aglomeração por domicílio, baixa escolaridade e renda do chefe da família, além da baixa escolaridade materna, podem indicar fatores de risco à saúde das crianças e famílias.

“A ocupação do chefe da família expressa sua inserção no processo de produção e reprodução social, que está diretamente correlacionado com as oportunidades ou restrições para a promoção do desenvolvimento infantil.” (MAZZA, 2007, p. 69). Neste estudo, as ocupações do chefe da família variaram, a maioria considerada de trabalhadores informais, de serviços domésticos e construção civil, além de aposentados e pensionistas.

As condições sanitárias básicas de moradia, como a estrutura familiar e o tamanho do domicílio, também são fatores que interferem no bem-estar da infância (UNICEF, 2006). Nas famílias entrevistadas, verificaram-se composições familiares variadas, a maioria, 65,9%, entre quatro a seis pessoas, 17,6% entre um a três pessoas, 15,3% por sete a nove pessoas e 1,2% acima de dez pessoas, com média de 4,98 pessoas por família. Esta

média de aglomeração por domicílio também foi encontrada em estudo com famílias compostas por crianças menores de cinco anos, indicando 4,76 pessoas por família (GRIPPO, FRACOLLI, 2008).

A presença da terceira geração nesta aglomeração familiar foi significativa, representada em 31,8% das famílias entrevistadas, porém, em apenas 5,9% das famílias observa-se a presença de pessoas idosas (acima de 60 anos). O número de adultos variou de um a seis, sendo que a maioria das famílias, 62,4%, contam com dois adultos na casa; 20% com três adultos; 8,2% apenas um adulto; 5,9% quatro adultos; 2,4% cinco adultos; e 1,2% seis adultos.

O número de crianças menores de cinco anos compreendidos nos arranjos familiares variou de uma a quatro crianças, sendo a maioria, 52,9%, composta apenas de uma criança nesta faixa etária, 42,4% de duas crianças menores de cinco anos, 3,5% três crianças e 1,25% quatro crianças abaixo de cinco anos. A presença de adolescentes nos arranjos familiares não foi representativa, sendo indicada em 24,7% das famílias. Todavia, a presença deste elemento pode contribuir para a promoção do desenvolvimento infantil das crianças, uma vez que eles podem auxiliar as famílias nos cuidados com as crianças.

Estas diferentes aglomerações podem trazer diferentes impactos à saúde da criança: negativos devido a problemas respiratórios, aumento do consumo de renda da família; influências positivas referentes ao aumento da renda ou mesmo a uma maior distribuição do cuidado à crianças; aumento do desgaste nas relações sociais ou mesmo “diminuir as chances das famílias no alcance do projeto de vida” (MAZZA, 2007, p.64-65).

Das condições de habitação das famílias deste estudo, 61,2% moram em casa própria; 16,5% alugada; 16,5% cedida; e 5,9% em áreas de invasão. Destas casas, 60% são de alvenaria; 36,5% de madeira; e 3,5% são mistas. Em 25,9% possuem cinco cômodos; 20% seis cômodos; 16,5% quatro cômodos; 16,5% sete ou mais cômodos; 11,8% três cômodos; e 1,2% um cômodo. A condição de proprietário do domicílio propicia à família redução na dependência, maior estabilidade no território e possibilidade de ampliação deste território para atender às necessidades de saúde “que surgem com o

aumento da família ou mesmo adaptações para promover o desenvolvimento infantil” (MAZZA, 2007, p. 72).

O acesso a condições sanitárias básicas foi indicado pelas famílias em relação ao acesso à água tratada, sendo 97,6% com acesso à rede pública; 1,2% poço; e 1,2% negaram acesso à água tratada no domicílio; 97,6% possuem água encanada; 89,4% referem banheiro na área interna do domicílio; 4,7% na área externa; e 5,9% banheiro coletivo. O acesso à rede de esgoto foi referido por 82,4% das famílias e 100% referem coleta de lixo direto da coleta pública.

O acesso a programas governamentais, como Bolsa Família e Programa do Leite foi referido pelas famílias de maneira disforme, sendo que apenas 32,9% das famílias participam do programa Bolsa Família e 24,7% do Programa do Leite.

4.2 REDE SOCIAL DE APOIO ÀS FAMÍLIAS

A identificação dos elementos que compõem a rede social de apoio às famílias para a promoção do desenvolvimento infantil se deu por meio da análise das entrevistas realizadas com as famílias que discorreram e apontaram pessoas e instituições que contribuem com as famílias no cuidado às crianças.

Esta rede é composta por pais, mães, irmãos, irmãs, primas, primos, tias, tios, avós, avôs, bisavós, tias-avós; amigas, amigos, compadres, comadres; vizinhos, vizinhas, igreja/Deus, comércios (farmácia e mercado alimentício), empregada doméstica, programas de televisão e DVD, áreas de lazer, Unidade básica de saúde (UBS), ACS, Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem, Médico, residente de Nutrição, residente de Enfermagem, Dentista, Assistente Social, Unidade de Pronto Atendimento, Bolsa Família, Programa do leite, Pastoral da Criança, Projeto Pró-criando, CRAS, farmácia municipal, hospital, banco de leite, planos de saúde, creche, escola das crianças e da mãe e trabalho.

Para descrever a consubstanciação desta rede, utilizou-se o modelo proposto por Sluzki (1997), nominado Mapa Mínimo de Relações (MMR), no qual foram inclusos e organizados os elementos indicados pelas famílias, constituindo a figura abaixo:

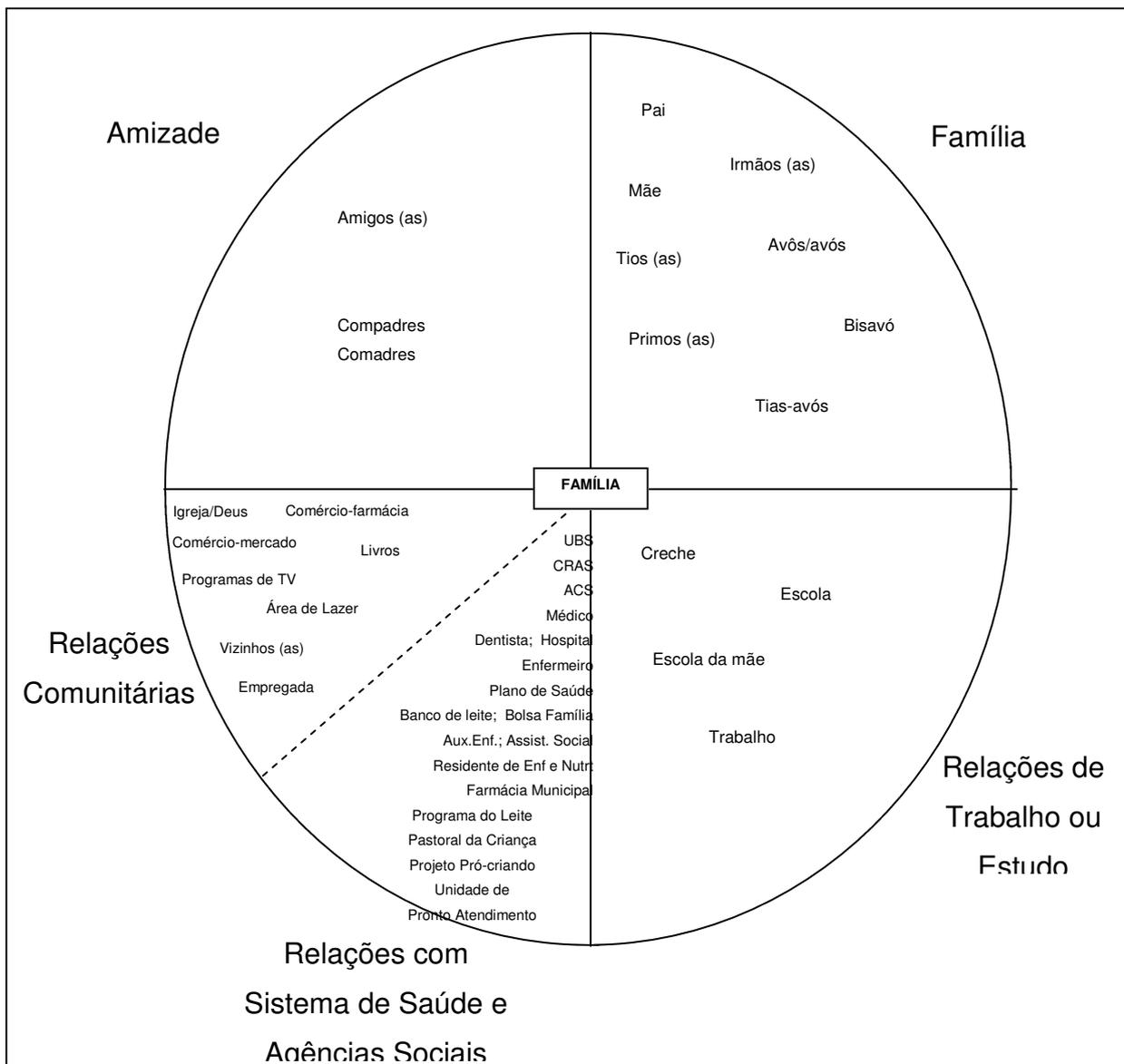


FIGURA 4 – ELEMENTOS DA REDE SOCIAL DE APOIO ÀS FAMÍLIAS PARA A PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL.
FONTE: A autora (2010).

Esta representação gráfica constitui um registro estático e momentâneo da rede, sobre a qual se deve considerar a ocorrência de possíveis modificações decorrentes do passar do tempo, das mudanças sociais, econômicas, culturais e tecnológicas, tanto na família como na comunidade em que estão inseridas (SLUZKI, 1997), pois elas favorecem

mudanças na organização, estrutura, padrões familiares e expectativas e papéis de seus membros (DESSEN; POLONIA, 2007).

Os elementos desta rede encontram-se localizados, em sua maioria, no grupo das Relações Familiares e Comunitárias, mostrando que os apoios provêm mais intensamente destas duas dimensões, sendo o suporte familiar considerado mais flexível, no qual seus elementos podem desempenhar inúmeras funções e recursos, além de constituir conexões solidárias, quase sempre eficazes para oferecer os cuidados necessários a seus membros (SOLYMOS; SOARES, 2002).

Em relação ao tamanho desta rede social, apurado por meio da contabilização do número total de elementos que a compõem (SLUSKI, 1997), verifica-se que é uma rede numerosa, pois conta com 47 diferentes elementos.

As redes numerosas podem indicar menor efetividade nos apoios fornecidos, uma vez que se supõe que há sempre elementos ativos na função de apoio. Esta visão pode inibir a ação de alguns elementos, muitas vezes essenciais à oferta de apoio necessário às famílias. Todavia, deve-se considerar que esta rede social sofre constantes modificações que a alteram, podendo variar consideravelmente entre pequena, média, numerosa, até muito numerosa (SLUSKI, 1997).

Outro fator relevante se deve ao fato de que os 47 elementos não fazem parte da rede social de uma única família, sendo cada rede organizada e estruturada de maneiras diversas, com mais ou menos elementos. Três fatores são considerados influentes na alteração do tamanho da rede, são eles as relocações, ponderadas como mudanças constantes em um mesmo panorama, ou seja, a mudança de área de residência, ou mesmo de bairro (SLUZKI, 1997), a migração, que além de reduzir o tamanho, pode dificultar o acesso a diferentes elementos e o fator tempo, que a reduz por meio do desgaste, enfraquecimento, morte de seus elementos e falta de acesso à renovação (SLUZKI, 1997).

Na sociedade atual, a migração é considerada quase que uma transição normativa, realizada por um número crescente de famílias várias vezes ao longo do ciclo de vida familiar. Este deslocamento é reconhecido pela tensão que gera nos indivíduos, o que pode contribuir para o aumento de violências familiares, acidentes e doenças (SLUZKI, 1997).

Durante o processo de migração, cada componente da família se desconecta de inúmeros segmentos de sua rede social pessoal, estabelecendo teoricamente um luto. Todavia, a necessidade de adaptação ao novo ambiente desencadeia esforços para o estabelecimento de novos contatos, formando nova rede social, que será de acordo com as características do novo ambiente em relação à receptividade, ao tipo de apoio, entre outros (SLUZKI, 1997).

Todavia, durante este processo de socialização, algumas necessidades interpessoais ficam insatisfeitas, caracterizando um estado de estresse crítico que pode sobrecarregar determinados elementos da família, influenciando em separações, violência, doenças, entre outros (SLUKI, 1997). Outra característica das redes após migração é que tendem a ser de tamanho menor, apresentam-se com distribuição irregular em relação aos diferentes tipos de relações, com menos ligações entre os elementos da rede e um repertório mais restrito de funções, configurando em sua maioria uma rede insuficiente (SLUZKI, 1997).

Neste sentido, a compreensão do mecanismo mediante o qual a mudança geográfica afeta a família, as principais fontes de estresse, o período de luto pelos vínculos e funções perdidos, tem importante implicações preventivas (SLUKI, 1997), pois pode auxiliar os profissionais de saúde em ações direcionadas à prevenção destes agravos, privilegiando a promoção da saúde das crianças e das famílias.

Neste estudo, a migração e as relocações apresentam-se como fatores influentes no tamanho da rede social de apoio às famílias que migraram, reduzindo o número de elementos e apoio da sua rede, expresso nas falas B33, C5 e B27 a seguir:

[...] Porque fez um ano que eu moro aqui [...], porque se for preciso eu vou ter que deixar sozinho, porque não tem ninguém [...] (B11)

Eu sou nova aqui então eu não sei [...] quando eu mudei para cá ficou três meses sem escola. (B33)

Para cuidar do meu filho não [tem ajuda]. Eu não conheço aqui, faz pouco tempo que eu estou aqui. (C5)

Eu perdi a vaga porque me mudei para [menciona o município], só que lá ela começou a estudar na APAE de [menciona o município], quando eu voltei para cá, eu já não consegui mais vaga para ela [...] (B27)

Neste caso, a migração é um fator importante, pois contribui para a redução no tamanho da rede social às famílias que migraram, diminuindo particularmente a possibilidade dos apoios familiares, considerados os mais efetivos e acessíveis (SARTI, 2007).

Durante este processo, aumentam as necessidades das famílias, ao passo que a sua rede social de apoio se fragmenta e se altera ao extremo (SLUZKI, 1997). Neste sentido, a rede de relações familiares e pessoais é quem viabiliza o processo social por meio do qual os migrantes estabelecem integrações com o meio urbano. Sem este processo privado e a segurança fornecida pelo sistema de lealdade, (SARTI, 2007), as famílias podem encontrar dificuldades no acesso à rede social de apoio necessária à promoção da saúde como no discurso da família B33.

Os migrantes, moradores das periferias urbanas, são considerados um grupo social com fronteiras imprecisas, devido à heterogeneidade e diferentes identidades culturais. Para enfrentar essas mudanças e se adaptar, sofrem reflexo dos problemas como limitações financeiras e sociais, para tanto contam com apoio fornecido pelos elementos da área urbana (SARTI, 2007). Destarte, é mediante as relações estabelecidas neste meio que as famílias conseguem receber o apoio necessário às diversas situações vivenciadas, sendo, às vezes, o único modo pelo qual conseguem acesso aos recursos existentes, devido às características de ordem institucional vigente (DURHAM, 1978)

Assim, a migração apresenta-se, em sua maioria, como um fator contribuinte na redução do tamanho da rede social de apoio das famílias quando estas normalmente se afastam da Rede Social Familiar, dificultando o acesso a elementos fornecedores de apoio. Todavia, por meio dela, em algumas famílias pode ocorrer o reenquadramento de novos componentes que também favorecem o cuidado à saúde da criança e família, conforme explicitado pelas falas C28 e C3 a seguir:

[...] porque ainda faz sete meses que a gente esta morando aqui [...] aqui é tudo mais fácil até para medico. Lá os exames eram mais demorados e aqui tem sido rápido, então eu acho que aqui as coisas são bem mais rápidas do que para lá. [...] quando eu vim para cá para cuidar da minha mãe [...] melhorou muito depois que veio morar comigo. E as visitas que o médico tem feito depois que ela veio morar comigo têm ajudado muito. (C28)

Lá onde eu morava, era um lugarzinho menor [...] aqui tudo é perto, o 24 horas é perto, o posto [UBS] é perto, tem as enfermeiras que, se não dá para passar pelo médico, passa pela enfermeira que ajudam [...] (C3)

Nestes casos, os profissionais de saúde, por meio de relações com as famílias, podem articular relações entre elas e os elementos disponíveis na rede social comunitária a fim de atender a suas necessidades de saúde, incluí-las nesta rede, podendo beneficiar o desenvolvimento infantil das crianças e a promoção da saúde da própria família.

Outra característica que pode ser analisada da rede social de apoio às famílias é a densidade, caracterizada pela existência de relações entre os elementos da rede, sem intermédio do componente central, neste caso, as famílias. Este tipo de ligação pode favorecer a efetividade da rede social como um todo, uma vez que permite a troca de impressões e informações sobre a família, entre os elementos da rede (SLUZKI, 1997).

Os diversos níveis de densidade estabelecidos entre os elementos da rede social interferem de maneira direta no tipo de apoio que ela irá receber e na sua eficácia, uma vez que a troca de informações entre os elementos pode indicar com maior efetividade as necessidades reais de saúde das famílias. Segundo Sluzki (1997), a densidade pode ser baixa, muito baixa, média/intermediária, ou muito elevada. A avaliação desta dimensão pode também detectar a presença de subsistemas coerentes ou conjuntos na rede e sua relação com as famílias.

A densidade identificada neste estudo apresenta-se pela conexão estabelecida entre uma avó materna e uma instituição trabalhista (A1), os profissionais dentistas e a instituição educacional (A9), e o Programa do Leite e a UBS (B10), sendo considerada baixa.

Agora, ofereceram serviço para minha mãe, de zeladora para ganhar 800,00 reais. Agora ela está até de falar com o homem para eu ir trabalhar (A1)

A orientação dos dentistas, que eles fazem na escola. Como escovar os dentes, como tratar dos dentes, isso é bem importante [...] (A9)

Levo [unidade de saúde] para pesar, porque pega o leite [...] (B10)

Algumas interconexões são estabelecidas por meio de políticas públicas, que preconizam a interligação entre serviços públicos como o

Programa do leite e a Unidade de Saúde, que uma vez por mês realiza a pesagem das crianças que recebem o benefício. Outros estudos já reconhecem a necessidade de ações intersetoriais como forma de ampliar a capacidade da rede social de apoio às famílias para responder às suas necessidades de saúde (MAZZA, 2007).

A característica dispersão é obtida por meio da análise da distância geográfica estabelecida entre os próprios elementos que compõe a rede social e a família, componente central. Esta distância interfere diretamente na facilidade de seu acesso aos recursos, o que reduz a sensibilidade da rede quanto à eficácia e à velocidade de respostas às suas necessidades (SLUZKI, 1997).

Assim, verificou-se neste estudo que a rede social de apoio às famílias se encontra dispersa, uma vez que foram indicadas inúmeras dificuldades de acesso devido à distância geográfica estabelecida entre os elementos. Estas dificuldades estão representadas pela distância entre as famílias e a unidade de saúde (B13), acesso ao transporte coletivo (B23), área de lazer (B30), profissional especialista (C6), creche (A1), profissionais do plano de saúde (C26), instituição educacional (B34) e a distância geográfica entre as famílias e a Rede Social Familiar (B1, C16, C18).

É tipo assim a gente vir num posto não consegue consulta, é difícil a gente conseguir, tem que levantar muito cedo para conseguir e ainda as vezes não consegue. E as coisas aqui é muito longe para a gente, as vezes tem que subir lá em cima com criança assim, é meio complicado (B13)

[...] não tem nada perto por aqui que eu posso ir. Tudo é longe e eu não aguento andar longe. (A23)

[...] Eu gosto daqui, só que eu acho que tinha que ser mais fácil as coisas, é muito dificultoso. Que nem eu para trabalhar, eu nunca pego perto aqui, daí vou trabalhar lá para o lado do centro, daí você vem, o ônibus lotado, isso é horrível [...] (B23)

Deveria ter algum lugar perto para brincar. Tipo um parque, porque não tem nada perto (B30)

Acho que deveria ter pediatra por aqui também. Porque levar lá no CAIC, nossa, é muito longe. Ai tem que levar lá porque por aqui não tem. (C6)

Olha, creche, posto, tem, mas é muito longe, se tivesse perto seria melhor. (A1)

[...] Tem o plano, mas a gente quase não usa, porque marca e fica longe. (C26)

Elas eram para estar no programa de leite, de pesagem, mas eu não posso ir, porque eu fui, mas o colégio era muito longe, bem para lá. Sabe aquele colégio que tem lá em cima, aí achei muito longe, aí eu desisti [...] (A1).

Se a escola fosse mais perto ia ajudar, porque o tempo que eu ia dispor, eu mesmo poderia fazer (B34)

Meus pais moram todos longe, e os dele também. Só a gente mesmo (B1)

Se eu precisar sair eu não posso contar com elas [mãe e Irma] porque elas moram longe. Mas daí eu tenho que carregar todo mundo junto. (C16)

Se precisa de alguma coisa é só ele [marido] na educação deles é tudo ele, porque meus pais moram longe. (C18)

A distância geográfica indicada pelas famílias com elementos da Rede Social Familiar dá-se principalmente pela migração, fator que afasta os elementos e diminui a possibilidade de apoios familiares (SARTI, 2007), o que pode comprometer o apoio necessário à criança se não ocorrer inclusão de novos elementos comunitários na rede social de apoio às famílias.

O acesso das famílias aos serviços de saúde é considerado um pré-requisito para uma assistência à saúde eficiente, todavia, a localização geográfica destes serviços pode interferir nessa acessibilidade (UNGLERT; ROSENBERG; JUNQUEIRA, 1987) alterando a quantidade e a qualidade do apoio oferecido às famílias. Estudos que investigaram a distância geográfica entre famílias e unidade de saúde indicam que a opção se dá pelas unidades mais próximas, todavia, quando estabelecem bom relacionamento interpessoal com os profissionais de saúde, esta distância se torna indiferente, acessando os serviços sem restrições (RAMOS, LIMA, 2003).

Assim, a distância geográfica desfavorece o acesso das famílias e elementos e serviços da rede social de apoio, alterando o suporte recebido, o que pode comprometer a saúde da criança e seu desenvolvimento.

A característica homogeneidade ou heterogeneidade de uma rede social é avaliada demográfica e socioculturalmente por meio da idade, sexo, cultura e nível socioeconômico dos componentes desta rede. Entende-se por homogêneo o “que consiste em partes ou elementos da mesma natureza, igual, idêntico, análogo” (ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS, 2008, p. 671), e heterogêneo o “que é constituído por partes ou elementos diferentes e variados” (ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS, 2008, p. 664).

Esta característica permite identificar vantagens e inconvenientes em termos de identidade, reconhecimento de sinais de estresse, ativação e

utilização de diferentes relações, tensões potenciais em subredes com diferenças culturais ou socioeconômicas entre outras (SLUZKI, 1997).

Analisando a rede social, verifica-se a característica de heterogeneidade, indicada pela presença de pessoas com idades variadas, desde crianças pequenas – irmão – até a presença da quarta geração – bisavós, presença do gênero feminino e masculino, indivíduos com diferentes níveis de instrução, desde analfabetos até ensino superior, elementos com níveis socioeconômicos e culturais variados.

Esta heterogeneidade existente na rede social de apoio às famílias contribui de maneira favorável à promoção do desenvolvimento infantil, meio pelo qual as famílias contam com diversos tipos de apoio, em diferentes momentos da vida e dia a dia, possibilitando-lhe estabelecer conexões e interconexões com estes elementos almejando respostas às suas necessidades de saúde e vida.

A principal característica desta rede social refere-se aos tipos de apoio que esta provê às famílias para a promoção do desenvolvimento infantil. Estes propiciam “o aumento da competência, reforçando o senso de pertencimento, dignidade, fortalecendo a imagem pessoal, promovendo o senso de autoeficácia” (BRITO; KOLLER, 1999, p. 117), o que auxilia as famílias no papel de cuidado às crianças.

O suporte recebido representa também uma possibilidade de amparo e assistência à criança por meio de cuidados diretos e indiretos à família. Todavia, é necessário que perceba a existência deste apoio, a fim de não sucumbir aos acontecimentos que desorganizam o meio ambiente no qual estão inseridos (SIMIONI; GEIB, 2008).

As mudanças intra e extrafamiliares decorrentes dos diferentes ciclos de vida, como nascimento, casamento, maternidade/paternidade, envelhecimento, morte, entre outros, renovam os desafios, as oportunidades e os riscos das famílias para o enfrentamento de situações diferentes, na quais precisam reagir de forma a criar, fortalecer ou desvencilhar-se de relações em busca do bem-estar atual e futuro de seus membros em especial das crianças. Neste sentido, o apoio social de uma determinada rede tem importância na vida de cada membro, tornando-se fundamental para a manutenção da saúde (SIMIONI; GEIB, 2008).

4.2.1 Rede Social Familiar

A família e sua dinâmica relacional refletem no desenvolvimento da criança, sendo a casa o local onde ela irá desenvolver quase todo o repertório básico de conhecimento (BRITO, KOLLER, 1999), tornando-se elemento importante na saúde da criança. Portanto, é relevante identificar os elementos que compõem a Rede Social Familiar e auxiliam as famílias no cuidado às crianças. São eles: pais, mães, irmãos, irmãs, primas, primos, tias, tios, avós, avôs, bisavós e tias-avós, conforme discursos A7, A15 e B32 a seguir:

[para criar eu conto] com o meu marido, com a minha mãe [...] na minha volta, daí tem minha cunhada, tem o meu irmão, tem a minha mãe, tem o meu padrasto [...] (A7)

[para criar eu conto] Ah, com minha avó, é a que mais me ajuda quando eu preciso [...] a avó que fica com as crianças, daí para eu trabalhar, o pai deles fica pela manhã, as vezes que ele vai cedo a avó fica o dia inteiro e a mãe ajuda um pouco também olhar, é assim [...] Se a avó não pode eu deixo com a sogra, daí minha sogra olha dá banho e tudo (A15)

Acho que só aqui em casa mesmo que eu conto, comigo e com o meu marido [...] só se eu precisar sair e preciso fazer alguma coisa, como levar um no médico e não posso levar o outro, aí fica com a minha filha de 15 anos (B32)

Esta estrutura é considerada a primeira rede de apoio à criança, iniciada muito cedo no desenvolvimento com as primeiras relações, que ao longo do tempo e dos avanços cognitivos vão expandindo-se (BRITO; KOLLER, 1999), além do que os elementos desta rede representam o principal suporte oferecido às famílias (MARCON *et al.*, 2009; JUSSANI; SERAFIN; MARCON, 2007; DIAS *et al.*, 2007).

O apoio centrado nestes indivíduos, caracterizado pela estrutura familiar em rede, é típico de famílias pobres. Estas interconectam elementos da rede de parentesco como um todo e configuram uma trama de obrigações morais na qual envolvem os componentes em ações de reciprocidade (SARTI, 2007). Esta importância atribuída à presença de familiares em uma rede social de apoio foi evidenciada em um estudo desenvolvido com gestantes, no qual

80% delas indicaram apenas elementos da família como fonte de apoio durante este período (JUSSANI; SERAFIM; MARCON, 2007).

Estas tramas familiares são formadas por diversos arranjos, entre eles o arranjo nuclear, considerado pela presença de pais, mães e filhos, indicados por algumas famílias como únicos elementos familiares contribuintes no cuidado às crianças, conforme A14, B5 e C28 a seguir:

[para cuidar das crianças eu conto] só com meu marido, não tem mais ninguém. Meus pais moram longe, os dele também, então é só nós (A14)

Eu acredito que tem que tentar se virar, é eu e meu marido, não tem outra pessoa [para cuidar das crianças] (B5)

[para cuidar das crianças] é eu e ela. Na verdade os três é eu, às vezes quando eu não posso é ela [filha 15 anos], e se não é o pai. Então a gente divide. (C28)

As famílias nucleares possuem uma quantidade menor de possibilidades de interconexões entre os elementos de sua rede de parentescos, o que pode diminuir a probabilidade de cuidados característicos deste tipo de apoio, reduzir a possibilidade de socialização e outros cuidados necessários à promoção do desenvolvimento infantil (SARTI, 2007).

Outro arranjo identificado é nominado extenso, no qual se considerou também a presença de pais, mães, filhos, e mais tios, primos, avós, bisavós, e tias-avós. Essas diferentes conformações estão presentes na rede social de apoio às famílias e indicam o movimento da sua socialização por meio do conjunto de papéis sociais desenvolvidos pelos diferentes elementos da Rede Social Familiar (VITALE, 2003), conforme falas a seguir:

Bem aqui, qualquer um de nós [cuida das crianças] Quando ela não está trabalhando, quando não pode, a menina Paula [neta 14anos] que faz, então é assim a gente vai levando a vida como pode [...] Bem meu marido, daí meu menino ajudam aos poucos [...] [se precisar sair] eu deixo com a menina 14 anos, e se ela não esta em casa eu deixo com essa mais velha, a Sonia que mora aqui atrás, então eu deixo com ela. E eu [...] quando um não está o outro está cuidando, de olho [...] (C8)

Quem ajuda é assim, o pai do João [...] e o pai da Cíntia [...] e meu pai me ajuda e meu tio me ajuda [...] quem mais cuida sou eu, então sou eu e a Patrícia [prima] [...] (C19)

Nas famílias cujo arranjo familiar é extenso, como na família C8, ele pode conferir inúmeros benefícios e privilegiar ações de promoção do desenvolvimento infantil, assim como desenvolver várias conexões e permutas entre as famílias e os diversos elementos, a fim de atender a suas necessidades diárias. Além disso, esta conformação familiar é considerada fundamental para sua sobrevivência em situações de exclusão social e pobreza, pois esses aglomerados familiares se responsabilizam por relações de dependência, cumplicidade de favores e apoios mútuos em todas as situações (VIERA, *et al.*, 2010).

Para famílias compostas por crianças menores de cinco anos, a presença de arranjos familiares extensos no cuidado à criança é considerada relevante na promoção do desenvolvimento infantil, pois este arranjo é reconhecido com grande potencial de resiliência junto às famílias, trazendo harmonia, coesão, afeto, relações de amizade, educação e até diálogo entre pais e filhos, aumentando as chances de saúde das crianças (MAZZA, 2007).

Acredita-se que a forma de organização das famílias tenha reflexo na quantidade de recursos disponíveis a ela, na inserção das mulheres e jovens no mercado de trabalho, na distribuição das tarefas domésticas, na manutenção das crianças e adolescentes, na escola, no cuidado com as crianças, idosos, doentes e incapazes. Assim, se a equipe de saúde consegue perceber os tipos de arranjos familiares engendrados, pode auxiliar no enfrentamento de sobrevivência diária e refletir os possíveis desdobramentos e repercussões destas relações na saúde da família e de seus elementos (MARSIGLIA²⁰, 2005 *apud* ZOBOLI, 2009).

A Rede Social Familiar, independentemente de seus arranjos, é reconhecida pelas famílias como os elementos com o maior número de funções de apoio, além de serem considerados os mais significativos. Esta rede contribui na função de companhia social, guia cognitivo e conselhos, apoio emocional, regulação social e apoio material, oferecidos por diferentes grupos

²⁰ MARSIGLIA, R.M.G.; SILVEIRA, C.; CARNEIRO, Jr. Políticas sociais: desigualdades, universalidade e focalização na saúde no Brasil. SUS e Seguridade social em Debate Famílias e modos de vida: uma teoria da prática Políticas Públicas: concepções e práticas. **Biodiversidade e Saúde Pública**, 2. ed. São Paulo: USP, 2005, v.14, p.69-76.

da rede social familiar, com destaque para o gênero feminino, a rede social materna e as avós.

Uma das principais funções indicadas pelas famílias refere-se à função da companhia social, compartilhada com todos os componentes desta rede por meio de atividades de cuidado às crianças, conforme discurso de A2, A24 e B1:

Conto com minha mãe, minha irmã que tem nenenzinha pequena também, então quando ela precisa sair eu fico com o neném dela, quando eu preciso ela fica com o meu, e minha sogra também, no momento só os três. E meu marido também. E só. (A2)
[para cuidar dos filhos conto com] a minha mãe [avó] que mora aqui do lado, minha prima que mora aqui na frente, a avó que mora aqui na frente posso contar com eles. Tem uma tia também, se eu precisar trabalhar também ela fica [tia avó materna] (A24)
[...] Só eu e meu esposo [...] quando tem que sair, só a Amanda [filha, 14anos] fica com eles. Eu saio e ela cuida. De manhã cedo quando eu preciso sair que ela está estudando, daí o pai dele fica. Agora na parte da tarde, ela fica ou eu estou em casa. É nós duas, nós duas mesmo [mãe e filha] (B1)

Neste sentido, verifica-se que o cuidado centrado apenas na figura da mãe torna-se ação obsoleta na realidade vivenciada e reconhecida pelas famílias, diante do apoio de cuidado ofertado por vários elementos da rede social familiar.

Compartilhar o cuidado às crianças “significa uma forma de proteção contra os riscos e descaminhos do mundo da rua, identificados com a desordem” (SARTI, 2007). A presença de diferentes elementos familiares que vivenciam a rotina cotidiana junto às famílias contribui de maneira efetiva para o cuidado, concretizando-se por meio de ações e interações que se direcionam às crianças ou famílias, objetivando seu desenvolvimento, crescimento, saúde e bem-estar, além da inserção, realização e contribuição social (ELSEN, 2004).

Assim, a composição familiar que conta com diferentes elementos tem maiores chances de “aliviar as tensões do cotidiano e aumentar a sobrevivência, o desenvolvimento, a proteção e a participação das crianças daquela família” (SOLYMOS; MARICONDI; SOARES, 2009, p. 52).

Considerando que uma das principais ações necessárias dos profissionais que trabalham com a família fragilizada é identificar as pessoas que cuidam das crianças (SOLYMOS; MARICONDI; SOARES, 2009), essa percepção auxilia o profissional no reconhecimento dos diversos elementos

que contribuem no cuidado às crianças, e que este se dá conforme a formação familiar, suas diversas necessidades e contextos. Cabe enfatizar também que compartilhar cuidado faz parte da realidade cotidiana das famílias brasileiras.

Para identificação quanto aos elementos de apoio emocional às mães e avós entrevistadas, utilizou-se da questão com que elas dividem os problemas que têm no dia a dia com as crianças. Os componentes indicados foram pais, mães, avós, tias e tios, filhas, com destaque para os pais e avós.

*Só com o meu marido que eu divido esses problemas [com as crianças]. (B4)
[os problemas das crianças] eu divido com ele [avô materno]. Só nós dois mesmo e a mãe dela, que a gente passa algumas coisinhas (A11)*

O apoio emocional fornecido por diversos elementos da rede social familiar facilita a troca de opiniões entre eles, o que pode acarretar soluções mais adequadas à realidade de cada família, uma vez que conhecem a história, estrutura, cultura, crenças e organização familiar.

Como a principal rede de apoio às famílias é oriunda das relações entre seus membros, as relações satisfatórias e felizes entre cônjuges constituem importante fonte de apoio, sobretudo para a mulher (DESSEN & BRAZ, 2005), o que favorece a harmonia intrafamiliar e a promoção do desenvolvimento infantil, pois a família, além de adaptar-se às mudanças decorrentes do crescimento das crianças, ainda tem a tarefa de manter o bem-estar psicológico de cada membro, buscando sempre nova estabilidade nas relações (KREPPNER, 2000).

Os laços afetivos, consolidados e estruturados no ambiente familiar, permitem que os indivíduos suportem os conflitos e situações oriundas destes vínculos, aprendendo a resolver os problemas em conjunto com outros. Esse compartilhar constitui fator essencial no desenvolvimento de mudanças sociais e psicológicas, gerando maior grau de autonomia e independência, além de ampliar o repertório social do indivíduo (DESSEN; POLONIA, 2007), o que fortalece as famílias na tomada de decisão e no cuidado as crianças.

Mesmo contando com elementos na sua rede social de apoio referente ao apoio emocional, algumas famílias reconheceram a ausência de apoio

emocional advindo desta rede (SIMIONI; GEIB, 2008), indicando a falta de pessoas com quem compartilhar os problemas diários.

[para dividir os problemas diários eu não conto] com ninguém, porque ninguém entende a gente, falo com uma pessoa vem com pedrada, falou com outra pessoa e também não, então eu prefiro guardar para mim mesmo (A4)

[os problemas diários] eu divido comigo mesma, porque não adianta falar para o outro [tem] os pais das crianças, mas não adianta também [...] (A22)

Sozinha, não divido [os problemas] com ninguém. Pior que não tem ninguém com quem conversar (B21)

Diante desta fragilidade da relação com elementos de função apoio emocional, outras fontes podem ser mobilizadas para preencher sensações e sentimentos desagradáveis, entre elas os próprios profissionais de saúde durante consultas de acompanhamento das crianças, considerando sempre o caráter dinâmico da rede social e as possibilidades de adequar as diversas situações familiares, almejando integralidade do cuidado (SIMIONI; GEIB, 2008).

Uma das características observadas em relação aos elementos componentes da Rede Social Familiar refere-se à questão de gênero, indicada pela presença da figura feminina e masculina no apoio às famílias para a promoção do desenvolvimento infantil.

As mulheres da Rede Social Familiar destacam-se no apoio de companhia social, compartilhando o cuidado das crianças e atividades domésticas; apoio de cuidado as crianças em situações de emergência; na função de guia cognitivo e conselhos, considerado como apoio de informações e esclarecimentos em relação ao cuidado da criança como crescimento, desenvolvimento, alimentação, higiene, doenças comuns na infância; apoio emocional às mães e avós das crianças; além do apoio material.

No apoio e auxílio às famílias no cuidado as crianças de forma rotineira ou esporádica, destacam-se as mães, avós maternas e paternas, tias maternas e paternas, sobrinhas e irmãs das crianças tanto na divisão do cuidado quanto nas atividades domésticas.

[...] é só eu então, limpo casa, lavo roupa, ai a mãe fica [com as crianças] quando eu preciso [...] (B6)

Eu que faço tudo, eu lavo roupa, faço comida, que eu dou banho neles, eu que cuido da casa é só eu só (B8)
As minhas filhas e eu, aqui em casa o serviço é eu, minhas filhas ajudam, elas atendem o neném para eu estender uma roupa, elas ajudam assim, ajudam a limpar a casa [...] (B16)
Para criar, para ajudar a cuidar a minha mãe sempre ajudou. Sempre ficou, quando eu estou trabalhando ela fica [...] quando a minha mãe não pode [...] ai eu levo para a minha sogra [...] (C22)
Se eu precisar sair, eu tento ligar para minha irmã, a minha mãe, para a minha sogra (C24)
[...] Só a minha irmã, minha sobrinha, que cuida dela para mim [...] (A18)

Historicamente o papel de assistência às crianças, como atividades do lar, são consideradas atribuições da figura feminina, principalmente das mães (LOYOLA²¹, 1984 *et al. apud* BUSTAMANTE; TRAD, 2005). As famílias que contam com várias mulheres podem dividir as atividades e cuidados, proporcionar redução da sobrecarga de atividades e estresse sobre uma única cuidadora, igualmente como proporcionar à criança diferentes tipos de cuidado e um repertório diversificado em relação às posturas diante das situações vivenciadas, contribuindo para o desenvolvimento infantil.

Evidencia-se a solidariedade parental, algumas vezes indicada como a única maneira de enfrentar as situações adversas, a que todos estão sujeitos (TAKASHIMA, 2000) sem descuidar de seus membros. Reforça-se ainda mais a presença de elementos da rede social familiar, mesmo que eles mantenham vínculos enfraquecidos, o que neste momento de apoio vai favorecer o atendimento das necessidades momentâneas e imprescindíveis a vida.

Na função de guia cognitivo e conselhos, referente a esclarecimento de dúvidas e informações de cuidado às crianças, as famílias destacam a experiência feminina como um dos critérios utilizados na busca deste tipo de apoio, além de indicarem elementos da Rede Social Familiar que trabalham ou estudam na área de saúde, especificamente na enfermagem.

[com relação à dúvidas no cuidado à criança pergunto] para a minha mãe, porque ela já foi mãe de três, daí eu pergunto para ela. Sou mãe de primeiro filho agora, ela é mais experiente. Daí eu pergunto para ela. (B25)
Eu pergunto também para minha sogra [...] a única que me ajuda aqui a esclarecer as dúvidas é ela, alimentação chá. (B20)

²¹ LOYOLA, M.A. **Médicos e curandeiros**: conflito social e saúde. São Paulo: Difel, 1984.

[com relação às dúvidas no cuidado à criança] eu pergunto [...] para a minha mãe que principalmente é mais experiente que tudo. Quem criou oitinho sabe mais do que nada, ela me ajuda. (B22)

Eu converso com a tia da Emanuele ela é enfermeira, eu converso bastante com ela quando acontece alguma coisa, eu corro atrás dela, pergunto para ela (A5)

Ah, eu tenho minha cunhada que mora atrás. Se eu precisar. Não precisei até agora, mas se eu precisar eu posso contar com ela, ela até é da enfermagem, tudo. Se eu precisar, de alguma dúvida. Porque a gente fica com dúvida. Cada criança é de um jeito. Então eu posso contar com ela. (A9)

A experiência das mulheres na assistência às crianças é colocada à disposição dos pais e famílias com o propósito de auxiliá-las no cuidado, amenizar as inseguranças e fortalecer as competências parentais nesta fase da vida (SIMIONI; GEIB, 2008).

Outra característica referente ao gênero é destacada pelas famílias na preferência pela rede social materna, exemplificada pela participação destes elementos com maior frequência nas funções de apoio emocional, cuidado às crianças e apoio material, reconhecidas principalmente pela ajuda financeira, roupas, material escolar, brinquedos, alimentos e eletrodomésticos.

[para cuidar da criança] eu ligo para a minha mãe, primeira coisa, [...] Se não for ela eu estou frita [...] tem minha sogra, mas num, não adianta contar com nada (B33)

[as crianças já] deixei com a avó dela que morava aqui na esquina, mas é bem raro eu deixar ali, só quando minha tia não pode mesmo [...] (B14)

Ah é com a minha mãe, eu falo sempre para ela. Eu converso, reclamo de mais com ela, é só com ela mesmo. É que no caso com a minha sogra e minhas cunhadas eu não tenho muita intimidade [...] (C7)

Tem minha mãe e meu pai que de vez em quando, quando precisa a gente vai lá [...] é só fralda, de vez em quando precisa uma pomadinha, um remedinho [...] então minha mãe me ajuda. E ela me ajuda, minha sogra (B17)

Assim, roupa a minha sogra sempre dá, mas outras coisas não. (C15)

Assim, dá as coisas para as crianças, dão roupa, elas [irmã] só falam assim: quando falta alguma coisa em casa fale [...] (B3)

Estes dados corroboram outros estudos que indicam que “as mães preferem a avó materna e parentes maternos como fonte de ajuda nos cuidados dispensados aos filhos”, durante a gestação, em que a mãe foi o

segundo elemento mais citado da rede social de apoio às gestantes (JUSSANI; SERAFIM; MARCON, 2007).

Neste sentido, consideram-se também as influências culturais e hierárquicas em que se tem a mulher como chefe da casa, responsável pelos cuidados de todos, zelo pelo ambiente doméstico e pela unidade do grupo familiar, em que o cuidado das crianças é conferido pela mãe à sua rede de sociabilidade, normalmente atribuindo maior confiança em outras mulheres, especialmente da sua rede de consanguinidade (SARTI, 2007).

Em estudo recente, verificou-se a ausência de elementos da rede social familiar paterna, aspectos também já apontados pela literatura (SIMIONATO *apud* JUSSANI; SERAFIM; MARCON, 2007). Baseando-se nestas considerações, o profissional de enfermagem pode desenvolver junto às famílias ligações mais intensas com elementos da rede social familiar materna e atribuir a família paterna, interconexões secundárias, a fim de manter efetivas as ligações entre seus componentes e evitar interromper relações que podem favorecer a promoção do desenvolvimento infantil.

Um dos critérios utilizados para medir o nível de bem-estar infantil se baseia no consumo de alimentos e grau de nutrição (FERRARI; KALOUSTIAN, 1994). Assim, o apoio material e de alimentos oferecidos pela rede social, como indicado pela família B17, pode ser considerado importante na assistência à criança, pois proporciona às famílias oportunidade e acesso à alimentação mínima para o bem-estar infantil. Quando este apoio é ofertado pela Rede Social Familiar, com quem as famílias mantêm laços mais firmes, pode ser ainda mais significativo e importante para o desenvolvimento infantil saudável, uma vez que a solicitação desta ajuda pode ocorrer no momento de maior precisão.

Historicamente, o homem ocupa um lugar hierárquico na família, e seu principal papel é de intermediário entre ela e o mundo externo, guardião da respeitabilidade familiar. Este fato identifica o gênero socialmente, conferindo-lhe autoridade moral perante o mundo externo. Todavia, a formação da família pobre em rede permite considerar diferentes atualizações e transferências de papéis centrais (SARTI, 2007).

Neste estudo, a presença da figura masculina no apoio às famílias para a promoção do desenvolvimento infantil foi notada por meio de várias

funções de apoio. A assistência direta às crianças prestada pelos homens refere-se a atividades como banho, alimentação e cuidados em geral também verificado em outros estudos (SOUZA; SOUZA; TOCANTINS, 2009). Entre esses componentes estão os pais (B20), avôs maternos (A11) e paternos (B7), primos (A18), tios e irmãos.

Meu marido me ajuda, me ajuda a fazer o mama, trocar, dar banho nela, trocar a roupa, quando eu vou sair com ela, ele me ajuda bastante [...] (B20)

[...] quando preciso deixo [as crianças] [...] com os meus sobrinhos (A18)

[...] principalmente o avô coruja que quando tem o tempo dele, ele me ajuda muito [...] [cuidar da criança] (A11)

[...] nas férias das crianças 99% sou eu, eu que cuido [das crianças – netos] (B7)

A participação paterna nos modos de cuidar de crianças no contexto familiar é reconhecida pelas famílias de um estudo sob três eixos: preservação da integridade, proteção dos perigos do bairro; cuidados corporais às crianças, sendo que a mulher desempenha atividades de contato com o corpo, como banho e os homens ajudam; e o de formação moral, por meio da qual os pais educam, impõe limites e autoridade. Porém, foram evidenciados contrastes entre os discursos e as práticas de assistência referida pelos pais, uma vez que “dizem que fazem menos do que de fato fazem” (BUSTAMANTE; TRAD, 2005, p. 1867).

Neste sentido, as mulheres atribuem ao homem o papel de ‘ajudantes’, ficando elas com o papel principal de cuidado. Porém existem diferenças em relação aos arranjos familiares extensos e nucleares, em que essa assistência é menos expressiva no arranjo extenso do que nos nucleares, pois conta com outros membros do gênero feminino com quem compartilham essas tarefas (BUSTAMANTE; TRAD, 2005).

Além das atividades de cuidado, os pais também apoiam as famílias colaborando na divisão das atividades domésticas e organização da casa (SOLYMOS; MARICONDI; SOARES, 2009, p.52; BUSTAMANTE; TRAD, 2005), como evidenciado a seguir por C20 e B4:

Sou eu mesmo e meu marido [...] a gente sempre se ajuda muito. Quando eu estou trabalhando ele que cuida do piá [cinco anos], olha o mais velho [...] Ele sempre que faz comida quando eu não deixo

pronta, ele faz, ele dá banho. Então quando a gente esta em casa os dois ai eu faço e deixo ele descansar um pouco (C20)
Assim, ele [pai] cuida daquele ali para mim, ele faz as coisas também quando não dá pra eu fazer, ele faz as coisas para eu olhar ele, faz as coisas dentro de casa e só (B4)

Um estudo apresentado por Takashima (2000) e Rech²² et al. (1993) revelou que no início da década de 90, os pais não auxiliavam em atividades domésticas em pelo menos 76% das famílias pesquisadas. Como o processo de globalização da sociedade cria diversas situações complexas e exige uma participação maior de atores sociais, principalmente no que diz respeito aos problemas específicos de cuidado (CHIESA; VERÍSSIMO; FRACOLLI, 2009), a participação paterna torna-se relevante, principalmente em famílias vulneráveis.

Destarte, o apoio a atividades domésticas é considerado imprescindível, pois possibilita às mães ficar mais tempo à disposição de seus filhos, realizar atividades de autocuidado, atendimento às necessidades básicas, assim como assumir a assistência às crianças (SIMIONI; GEIB, 2008), favorecendo a promoção do desenvolvimento infantil.

Mesmo com a prevalência da figura feminina no apoio a informações e conselhos, verificou-se que os pais e avôs também contribuem com suas experiências no cuidado as crianças, como explicitado a seguir:

[...] Pergunto para o meu marido, é tudo para ele. Minhas dúvidas [referentes ao cuidado das crianças] é tudo para ele [...] (C27)
[...] eu pergunto para o meu marido, por que ele não tem só essas, ele tem mais, mais quatro, ai ele já tem mais experiência que eu, ai eu pergunto para ele. (B4)

Esse compartilhar de informações entre gêneros na assistência à infância apresenta-se como fator relevante no cuidado dos profissionais de saúde à criança e família, que precisam reconhecer estes elementos e suas funções a fim de potencializá-las e direcioná-las à promoção do desenvolvimento infantil. Este partilhar informações permite reconhecer que a família se encontra no centro das funções de cuidado que acontece em grande parte no interior destas relações familiares, sendo este configurado como uma

²² RECH, L. et al. **O CEC Figueira: uma análise sistematiza da pobreza.** Pesquisa DSS/UFSC. Florianópolis, 1993.

assistência não-profissional, que almeja romper “com o atendimento individualizado para envolver a família como sujeito autônomo de produção do cuidado na linha das relações sociais” (SIMIONI; GEIB, 2008).

A presença da figura masculina na rede social de apoio foi destacada em algumas famílias, como nos discurso de C20, B4, porém não se destacou como grupo significativo na rede social como um todo. Contudo, estes elementos foram reconhecidos pelas famílias deste e de outro estudo (HAYAKAWA *et al.*, 2010; DESSEN; BRAZ, 2000), pois já estão presentes compartilhando com estas atividades antes designadas apenas à figura feminina, fato que reflete a modernização e a divisão de atividades entre os diversos componentes familiares, o que beneficia os cuidados às crianças e contribui de maneira significativa para a promoção do desenvolvimento infantil, uma vez que interconecta elementos e gêneros.

Além da diferença de gênero em relação aos elementos da Rede Social Familiar, destaca-se também a presença de diferentes gerações, desde a primeira à quarta, incluindo crianças, adolescentes, adultos e idosos, representados por elementos da Rede Social Familiar, conforme falas a seguir:

[para criar as crianças conto] com meu esposo, com a minha mãe a minha tia, é que aqui, um ajuda o outro [...] (A1)
[para cuidar das crianças conto] de vez em quando com a minha mãe, mas fora isso, eles ficam sozinhos. Ele [filho 4 anos] ficava aqui mesmo com eles [filhos 11, 9 e 7anos], porque não tem outro jeito, deixo com os filhos mesmo [...] e mais a minha avó então eu recorro a ela (C23)

As relações intergeracionais transmitem, reproduzem e transformam o mundo social por meio de histórias, ética e suas representações do mundo. Permitem visões diferenciadas de um mesmo segmento social por meio de transformações decorrentes do ciclo da vida, construídas entre as gerações, que podem revelar a convivência do moderno e do arcaico, do hierárquico e do igualitário como exemplos orientadores da socialização (VITALE, 2003).

A presença de elementos de diferentes gerações na rede social familiar contribui também para a promoção do desenvolvimento infantil, uma vez que são responsáveis pela transmissão de valores culturais entre as gerações, o que possibilita o compartilhar de valores, regras, sonhos, perspectivas de padrões relacionais, assim como a valorização do potencial e

habilidades de seus membros em acumular, expandir e diversificar as experiências (DESSEN; POLONIA, 2007).

Assim, a presença desta intergeracionalidade representa uma multiplicidade de permutas possíveis de serem desenvolvidas, uma vez que elas têm arranjos diferenciados a fim de atender às necessidades, principalmente em períodos de instabilidade familiar. Portanto, a presença destes elementos pode favorecer também a promoção do desenvolvimento infantil por meio dos vínculos e obrigações que não se desfazem e são refeitos constantemente (SARTI, 2007).

Uma geração de destaque no apoio às famílias referente ao cuidado às crianças, refere-se à primeira geração, indicada pelos elementos irmãos das crianças menores de cinco anos e primos, considerados com valor significativo na trama familiar, pois passam a repartir obrigações familiares assemelhando-se ao status social dos adultos, contribuindo também nos afazeres domésticos segundo as necessidades das famílias (SARTI, 2007), conforme falas a seguir:

Quando eu estou em casa é o Antônio [filho 10anos] que cuida, tem o outro ali [filho 8anos] mas eu não confio muito [...] ele fica cuidado só aqui dentro. (B29)

A minha enteada que esta morando comigo, porque antes era só eu [...] mas agora ela esta me ajudando [no cuidado das crianças]. (B27)

A participação dos irmãos também foi evidenciada em outros estudos, no qual crianças paulistas atribuem aos irmãos grande relevância por serem as pessoas com quem elas mais permanecem, brincam, cuidam, brigam e ajudam a cuidar, sendo evidenciados como os elementos mais visíveis no mundo infantil, e que teoricamente permanecerão na sua rede social de apoio por um longo período de tempo, sendo considerado pelas crianças o elemento principal de sua rede social familiar (RABINOVICH; MOREIRA, 2008). Neste aspecto, tem-se também a presença de enteados como componentes desta rede, meio pela qual o apoio da família extrapola o núcleo familiar ampliando-se (SARTI, 2007).

Segundo Sarti (2007), as famílias pobres desencadeiam arranjos que envolvem a Rede Social Familiar como um todo, devido a uniões instáveis, empregos incertos e alterações frequentes nas unidades domésticas e

principalmente devido às dificuldades na realização dos papéis familiares no núcleo conjugal. Na formação destes diferentes arranjos, evidencia-se a presença da terceira geração, referida pelas famílias como um dos principais elementos da rede social de apoio às famílias no cuidado às crianças e promoção do desenvolvimento infantil, representados pelos avós maternos e paternos.

Quando eu preciso sair, eu levo ele comigo. Quando é lugar que eu posso levar, eu levo ele comigo, nunca deixo ele com ninguém e quando eu realmente não posso levar eu deixo com a minha sogra, é a única com quem eu posso contar. Com outra pessoa eu não deixo. Então é assim porque a família da minha parte eu não posso contar muito. (C27)

[para criar as crianças eu conto] com ela, é tudo ela [sogra]. Se não é a Clarisse me ajudar, ninguém ajuda. (A8)

A convivência das crianças com a terceira geração contribui para a promoção do desenvolvimento infantil, pois os avós colaboram com diferentes legados, transmitidos a estas gerações, como de ordem referente à responsabilidade, organização e educação; solidariedade referente ao amor, amizade, senso de justiça, colaboração e respeito; fé e espiritualidade. Estes legados representam a base da vida familiar para a terceira geração e revelam a mulher como herdeira e responsável pela transmissão nos domicílios da fé e da família (VITALE, 2003). Outro estudo corrobora esta presença das avós – maternas e paternas – na construção social da família (SIMIONI; GEIB, 2008).

Esta geração é evidenciada de maneira constante como elemento de apoio às famílias nas funções de cuidado às crianças, divisão das atividades domésticas, apoio material e financeiro, além de apoio de regulação social ofertado às mães no cuidado às crianças.

[...] Ah, a minha mãe ajuda bastante, tipo se tiver faltando as coisas assim tanto para mim quando para a neném ela dá um jeitinho e manda para mim, ela deposita na conta da cunhada dela e manda para mim, então ela também me ajuda bastante (C20)

Quando eu estou precisando, a minha mãe, por exemplo, se o gás terminar assim agora, a primeira pessoa que vem na minha cabeça, veio a minha mãe. Eu peço para minha mãe [...] (A21)

[conto] com a mãe. Sempre com ela. Inclusive, eu vou trabalhar e deixo com ela também, só ela que toma conta deles (A6)

[...] [os problemas] Ah eu sempre comento com ela [avó materna], converso tudo, aí ela diz, olha não é assim, tem que fazer o certo, conversar, bater não adianta. Eu nunca dei um tapa nas meninas. É mais no grito mesmo ou conversa. Mas bater nunca, se falar que eu

bati nelas é mentira, porque eu nunca dei um tapa, mas é mais no vamos lá e vamos conversar, é assim e assim e assado, daí vamos indo assim. (B19)

Verifica-se que as avós, tanto maternas quanto paternas, têm papel importante no cuidado e criação das crianças, principalmente quando coabitam com eles (BUSTAMANTE; TRAD, 2005), sendo a primeira opção das mães que precisam trabalhar, pois tentam manter o modelo tradicional de assistência, que prevê um cuidado individualizado e prestado por uma mulher do contexto familiar (MARANHÃO; SARTI, 2008), além da confiança que a mãe tem, especial na avó materna (MAZZA, 2007), fato evidenciado no discurso da família A6.

A solidariedade familiar, em particular as intergeracionais, tem importância na economia das famílias, na vida cotidiana e trajetórias sociais (VASCONCELOS, 2002), evidenciadas pela participação das avós principalmente nos cuidados (família A6) com as crianças e na participação financeira (família C20), o que explicita a família extensa como componente da rede social de apoio (MAZZA, 2007).

4.2.2 Rede social de Amizade

Ao longo do desenvolvimento humano, familiares e amigos assumem papel relevante de apoio que se reflete no desenvolvimento socioemocional de seus integrantes, na construção da rede social de apoio e na manutenção do bem-estar e da saúde, sendo que estes se intercalam e mudam de importância durante a vida das pessoas (BRITO; KOLLER, 1999). Assim, encontram-se na rede social de apoio às famílias os elementos amigos e compadrios, caracterizados por relações voluntárias não consanguíneas (SLUZKI, 2010) como componentes que também proveem apoios às famílias, apresentados nas falas a seguir:

[...] tem um amigo meu que eu trabalhei uns anos para ele lá em cima, que gosta dessa aqui. Então se eu preciso ele fica com essas

aqui. Mas só eles mesmo para deixar ela, para dar uma olhadinha [...] (B21)
[ajuda no cuidado às crianças] quando não é com a minha amiga da frente, é com a minha mãe [...] (B28)

[...] tem a minha comadre a Júlia, uma pessoa boa, querida também me ajuda com as crianças [...] (A21)
É só meu compadre aqui que cuida, é só ele. Quando eu saio, quando é para eu ir ao médico, eu até deixo, porque ele é responsável com as meninas. Não pode deixar com pessoas que a gente não conhece [...] (B8)

Outros estudos também evidenciam a presença de amigos na rede social de apoio às famílias em diferentes situações, como doença (DI PRIMIO *et al.*, 2010), gestação (JUSSANI; SERAFIM; MARCON, 2007), adolescentes gestantes (MOREIRA; SARRIERA, 2008), prematuridade (SIMIONI; GEIB, 2008), internamentos em Unidades de terapia intensiva (UTI), neonatal (HAYAKAWA *et al.*, 2010), entre outros.

A participação dos amigos como elementos da rede social de apoio às famílias pode caracterizar-se por vínculos semelhantes aos seus elementos, tornando-se às vezes mais importante do que os elos de sangue (SARTI, 2007). Os amigos, indicados neste estudo, apresentam algumas características comuns, entre elas residir próximos à casa das famílias e estar relacionados diretamente com o principal cuidador das crianças, o que torna esse elemento importante fonte de apoio às famílias, uma vez que pode ser acessado com maior facilidade em momentos oportunos.

Os amigos são reconhecidos pelas famílias como provedores de três tipos de apoio: o de guia cognitivo e conselhos, referente a orientações e informações quanto ao cuidado das crianças; apoio emocional proporcionado às mães e avós; e o apoio material às crianças e famílias, fornecendo roupas, alimentos, entre outros, conforme discursos de C26, C16, C9 e B21:

[para esclarecer dúvidas] Ah eu sempre tenho a minha amiga Eduarda, que é aqui da igreja, ela conversa bastante, vai sempre no posto, sabe de tudo, de remédio alguma coisa, ela que sabe (C26)
Tem uma amiga, uma confidente [...] Converso bastante com ela. (C16)
[...] Eu tenho minhas amigas, uma da uma coisa, outra da outra coisa quando eu estou precisando. Essa aí mesmo sempre me ajuda bastante, me ajuda com comida, com leite para eles, com as coisas [...] (C9)
[...] às vezes o meu amigo compra um tênis para ela, uma roupa, compra algumas coisas para elas, sempre ajuda assim é o único. [...] (B21)

A função de guia cognitivo e conselhos, compartilhada entre famílias e amigos, como no discurso de C26, aproxima-os na relação de confiança e ajuda mútua, além de contribuir com informações importantes de cuidado à mães e cuidadores que contam com uma Rede Social Familiar restrita, ausente de experiências a serem compartilhadas.

Para famílias que não contam com uma rede social familiar extensa e efetiva na função de apoio emocional, a relação com amigos favorece o acesso a este tipo de apoio por meio da relação de confiança e reciprocidade, o que propicia bem-estar e tranquilidade ao indivíduo e família, o que pode acarretar um cuidado à criança mais qualificado.

O apoio financeiro e material ofertado por estes elementos à famílias é apresentado em outro estudo por famílias que buscam somar ganhos para o sustento familiar em decorrência de problemas familiares internos. Essa é uma situação advinda das condições de pobreza em que se encontra parte da população brasileira, gerando alterações na estrutura familiar, papéis e formas de reprodução social (VIERA, *et al.*, 2010).

Os laços de amizade são consolidados pelo estreitamento de relações por meio do compadrio, o que reforça o vínculo já existente que se amplia por meio do parentesco espiritual (SARTI, 2007). Estes componentes podem complementar o apoio não suprido pelos familiares, além de oferecer ações diferenciadas para o desenvolvimento infantil.

Os compadrios são apontados pelas famílias como fornecedores de apoio na função de Companhia social, contribuindo com cuidados eventuais às crianças em situações adversas, guia cognitivo e conselhos e apoio emocional, provido às mães e avós.

[converso] com a Caroline [comadre], então sempre converso com ela, eu falo dos problemas que eu tenho daí eu converso com ela, tu (A21)

Às vezes eu pergunto para a minha comadre [dúvidas quanto ao cuidado das crianças] (C12)

[...] tem a madrinha dela que ajuda bastante também, que fica com ela quando precisa também. Porque ela tem criança pequena também então não é muito [...] (C18)

Neste sentido, é importante considerar também que este apoio é provido devido a vínculos de proximidade entre as famílias e estes elementos, que mantêm laços firmes que possibilitam aos pais confiar seus filhos aos compadrios. Outro apoio oferecido pelos compadrios às famílias refere-se a orientações e informações referentes ao cuidado das crianças. A possibilidade de as famílias compartilharem estas informações com compadrios, contribui para a promoção do desenvolvimento infantil em famílias que possuem vínculos escassos com elementos da Rede Social familiar ou outros que possam compartilhar este tipo de apoio.

4.2.3 Rede Social Comunitária

As Relações Comunitárias e de Credo, incluindo a subdivisão Relações com Sistema de Saúde e Agências sociais, compreendem o maior número de elementos citados na rede social de apoio às famílias.

Os vizinhos são reconhecidos pelas famílias e compõem essa rede de apoio, auxiliando-as no cuidado às crianças, conforme falas a seguir:

Sempre que estou precisando, tem alguém que me ajuda, que me estende a mão, que nem a vizinha aqui da frente [...] (A5)
[...] Então não tem com quem deixar fixo [as crianças para cuidar], e como eu tenho dois pequeno, quando eu preciso sair, ir no mercado, ir no postinho, eu deixo com a minha vizinha ali a Nicole, um deles eu deixo e levo um comigo [...] (B28)
[...] Quando precisa às vezes eu preciso para a vizinha da frente cuidar. Agora eu preciso levar alguém no médico, quando tem consulta marcada, ou eu preciso sair para ir ao medico daí eu deixo com a vizinha [...] (B30)

Para famílias migrantes ou que se mantêm distantes da Rede Social Familiar, como A5, o apoio dos vizinhos no cuidado as crianças favorece a saúde, pois nestas famílias as relações são refeitas constantemente para se adequarem à nova ordem social. Assim, o vizinho passa a ser considerado um elemento de destaque, pois é entendido, não apenas como alguém que mora do lado, mas sim, presente por meio de relações de interdependência com a família, “sucursal da casa” (SARTI, 2007, p. 115).

Estes elementos foram reconhecidos como apoio às famílias nas funções de Companhia social, auxiliando as famílias no cuidado às crianças em momentos eventuais, como situações de emergência; na função de apoio emocional, com quem as mães e/ou avós trocam e dividem os problemas diários; assim como componentes fontes de apoio a informações e orientações de cuidado às crianças, conforme discursos a seguir:

[...] me informo com os meus vizinhos que já são mães, já são avós, que podem me informar o que fazer [no caso de dúvida no cuidado às crianças] (A5)

[...]eu pergunto para os vizinhos meus [...] às vezes eu pergunto se dá para dar um chá [...] (B8)

[apoio material] mais é alimento se apertar assim, e eles ganham roupa, [...] roupa também ganham dos vizinhos sempre estão ganhando. (C23)

[para dividir os problemas com as crianças] tem a vizinha da frente [...] o que eu posso falar eu falo com ela mesmo, nem com minha mãe ou minha irmã, de jeito nenhum [...] (A4)

A experiência no cuidado de crianças é tida como uma das referências das famílias para a busca de apoio cognitivo e conselhos junto aos vizinhos, o que pode favorecer ações de promoção do desenvolvimento infantil, uma vez que moram próximos, além de contribuírem com informações de cuidado às mães e cuidadores que contam com uma Rede Social Familiar restrita, ausente de experiências a serem compartilhadas. Todavia, as referências aos vizinhos como elementos de apoio emocional foram referidas por poucas famílias.

Um dos elementos indicados pelas famílias nas Relações Comunitárias e de Credo refere-se à Igreja/Deus, representado pelas igrejas católicas e protestantes, que se fazem presentes no cotidiano da vida das famílias entrevistadas de maneira esmaecida, porém considerada por alguns estudos a instituição com maior credibilidade para populações empobrecidas e o terceiro componente da rede de apoio na difícil tarefa de sobrevivências destas famílias (TAKASHIMA, 2000).

[aqui na comunidade] eu só vou na igreja evangélica[...] (A7)

Eu ia mais com a mãe na igreja ali em cima, só atividade religiosa, mas agora estou indo na quadrangular aqui em baixo [...] (A19)

[aqui na comunidade] a gente vai para a igreja (B14)

Eu vou de vez em quando na igreja ali em cima [...] (C20)

Estudos apontam que a população brasileira apresenta um alto nível de envolvimento religioso, sendo que 95% da população estudada indicou ter uma religião, 83% considerou a religião muito importante e 37% referiu frequentar serviços religiosos pelo menos uma vez por semana, não sendo encontrados indicadores de nível socioeconômicos associados de modo consistente com o envolvimento religioso da população brasileira (MOREIRA-ALMEIDA *et al.*, 2010), fato reafirmado pelos sujeitos desta pesquisa.

Embora as famílias, algumas vezes, não tenham explicitado o tipo de apoio oferecido pelas instituições religiosas, considera-se relevante a presença deste elemento na rede social de apoio às famílias para a promoção do desenvolvimento infantil, uma vez que estas instituições podem desempenhar diversos papéis e funções de apoio além de serem espaços de socialização e lazer para adultos e crianças (BRUSTAMANTE; TRAD, 2005).

Sendo assim, as famílias que frequentam estas instituições podem beneficiar-se de ações e apoios advindos delas consideradas uma escola para se aprender a viver na cidade, assim como um canal de organização para a conquista de serviços públicos; “um espaço de lazer, cura e assistência social que, embora muitas vezes paliativa, é próxima e mais acessível” (TAKASHIMA, 2000, p. 98).

Outros autores apontam benefícios da presença deste elemento na rede social de apoio às famílias de crianças internada em UTI, as quais proporcionavam relações menos conflituosas entre pessoas da mesma rede (HAYAKAWA, *et al.* 2010).

Neste estudo, a instituição religiosa/igreja/religiosidade foi reconhecida pelas famílias como elemento com o maior número de funções, contemplando cinco, das seis funções propostas por Sluzki (1997), de companhia social (A19), apoio emocional (C9), guia cognitivo e conselhos (C15), regulação social (A9) e apoio material (C2). A referência à Igreja e/ou religiosidade como elemento da rede social de apoio às famílias também é reconhecida por enfermeiros da atenção básica (MARCON *et al.*, 2009) e por famílias que vivenciam processos de doença, como elemento importante de apoio, pois nele as famílias encontram pessoas com a mesma crença, com quem compartilham situações vivenciadas e períodos difíceis (DI PRIMIO, 2010).

A fé e espiritualidade também se destacaram na rede social das famílias, na função de apoio emocional, algumas vezes atrelado à participação em atividades religiosas e outras não, conforme discursos a seguir:

Só Deus. É Deus que me ajuda porque [...] sempre eu confio em Deus e espero que Deus me ajuda [...] Eu divido só com Deus [...] qualquer problema que eu tiver com eles, eu dobro o meu joelho e falo com Deus que eu sei que ele vai me atender, vai me ajudar [...] com Deus não tem complicação [...] e ele vai me ajudar, me orienta o que eu faço, com quem eu falo, e no pensamento ele vai me orientar, alguém vai te ajudar [...] sempre me virei eu e Deus (C9)
[...] ano passado eu não fui na missa e me dava um nervoso e eu não ia em parte nenhuma. Então até que esse ano eu estou mais calma, eu não sei o que aconteceu, iniciei o ano indo na missa e estou indo, e ate agora sei lá, [...] (C25)
Ah, lá eles tem assistência, ate quando a mãe estava doente eles vieram aqui em casa para orar e dar um apoio se caso precisasse de alguma coisa. Eles têm essa parte assim [...] na igreja eles têm essa ajuda caso precise. (A19)

A solidariedade missionária, elemento importante na sobrevivência das famílias, é considerada também “uma porta que sempre acalenta a esperança”, representando um suporte espiritual e emocional efetivo (TAKASHIMA, 2000, p. 98). Assim, a relação com instituições religiosas pode favorecer a promoção da saúde das famílias por meio do apoio espiritual e emocional àqueles que cuidam e se relacionam com a criança.

Também a função de guia cognitivo e conselhos são reconhecidos pelas famílias como apoio oferecido pelas instituições religiosas no cuidado às crianças.

[igreja] ajuda, tem oração que eles fazem na igreja. Que também falam sobre criança, falam sobre educação, ajuda [no cuidado das crianças]. (C15)
Ah, sempre tem, as palestras, os cultos dominicais que a gente aprende bastante coisa [...] (C26)
Na igreja tem, por exemplo, quando é culto publico [...] então tem as escolinhas [...] trabalham com crianças até certa idade, então eles dividem em grupo e fazem trabalho com as crianças. Durante o culto a gente fica na igreja e as crianças vão para a escolinha. (C28)

Aqui o apoio de informações, relacionadas à educação moral e religiosa oferecida pelas instituições religiosas às famílias, estabelece um ponto de encontro entre a família, comunidade e instituição religiosa que proporciona a troca de experiências entre pais, mães e crianças, “contribuindo para a

reflexão e o debate de questões relativas à infância, além de estimular indiretamente o desenvolvimento e a consciência dos direitos da criança” (UNICEF, 2005, p. 174). Em outro estudo (BUSTAMANTE; TRAD, 2005), as famílias consideram, inclusive, que as creches e pré-escolas frequentadas pelas crianças não oportunizam esta educação moral adequada, o que acontece nos espaços da igreja.

As instituições religiosas também são reconhecidas pelas famílias pela função de regulação social, direcionada tanto para pais como para crianças, conforme falas a seguir:

[auxílio da igreja] tem os cursos que eles dão. Só algumas orientações, e daí ajuda assim. É mais válido assim, para gente ajudar as pessoas, como ser caridoso, como pensar no próximo, mas ajuda assim. Faz com que a gente pense melhor nos filhos da gente (A9)

[...] os ensinamentos que os irmãos dão, como lidar com eles, como fazer, não deixar eles para a casa dos outros, não deixar eles pousar fora, não deixar com muitas amizades, então... Eles têm uns conselhos tão bons que aquele lá serve, serviu para eu criar meus filhos [...] vale a pena [...] (C9)

[...] se eles querem assistir um filme de terror assim, daí eu falo que se eles assistirem eu vou chamar o pastor [...] aí eu chego e passo para o pastor, se tiver algum problema que eu vejo que eles podem sentar e conversar com eles [...] (C19)

A Igreja e os religiosos desde o período colonial se fizeram presentes na sociedade brasileira, desempenhando importantes papéis no setor de assistência social e colocando-se muitas vezes como “importantes instrumentos de controle social” sobre as pessoas e famílias (OLIVEIRA, 2001). Estas influências permanecem até hoje, como explicitada no discurso da família C19 supra citado em que o pastor auxilia a família na formação de modelos, padrões e normas morais.

As ações desenvolvidas pelas instituições religiosas “podem se tornar pontos de aproximação e de discussão sobre a família, de construção de conhecimentos e de fortalecimento das atitudes e práticas positivas em prol da primeira infância” (UNICEF, 2005, p. 174) favorecendo a promoção do desenvolvimento infantil.

Neste sentido, é importante que os profissionais de saúde utilizem da ética no cuidado a fim de manejarem adequadamente situações conflituosas e não perderem o vínculo com as famílias e a comunidade, praticando um

cuidado marcado pela humanização e exercício da cidadania, porém “alicerçada na compreensão de que as condições de vida definem o processo saúde-doença das famílias” o que demanda das equipes ESF empenho para sua transformação, no sentido da promoção da saúde (ZOBOLI, *et al.*, 2009).

Outro tipo de apoio oferecido pelas instituições religiosas, reconhecido pelas famílias, refere-se ao apoio material, como apoio financeiro, alimentar, entre outros.

*Se a gente precisar eles ajudam [igreja]. Se precisar pagar um médico e a gente não tiver dinheiro eles pagam, se precisar de remédio um exame eles pagam [...] (C2)
[...] mas financeiramente eles dão a casa para a gente, a gente não paga água, não paga luz, é assim. (C26)
Ah, mês passado a gente estava bem ruim aqui, o marido desempregado, a igreja ajudou, deram uma cesta básica [...] e isso ajudou bastante [...] (C14)*

O apoio material ofertado pelas instituições religiosas às famílias ocorre de forma temporária e eventual, principalmente em momentos em que todos os recursos familiares e comunitários já se esvaíram. Neste sentido, apresentam-se como apoio essencial em momentos de adversidade, auxiliando as famílias carentes na sobrevivência e manutenção da saúde de seus membros.

Alguns estabelecimentos comerciais também foram reconhecidos pelas famílias como elementos de apoio na saúde das crianças e famílias, entre eles o comércio, farmácia, indicada como elemento de função guia cognitivo e conselhos, oferecendo informações e auxílio às famílias no cuidado as crianças, conforme discurso a seguir:

[quando tenho duvida referente ao cuidado] [...] ou então vou à farmácia. Às vezes eu vou perguntar se pode, se não pode [...] (B33)

A referência do comércio, farmácia, como elemento de composição da rede de apoio em situações de doença, também foi encontrada em um estudo que buscou identificar o itinerário de cura e cuidado de uma comunidade, na qual os sujeitos buscam orientações para o uso de medicações, indicando-a como artifício de apoio social positivo (SCHOLZE, 2005).

Mediante este reconhecimento, os empresários, em conjunto com os governos, organizações sociais e demais segmentos da sociedade, também são responsáveis “por oferecer condições de vida digna e saudável para as crianças e suas famílias” garantindo, protegendo e respeitando os direitos das crianças nos primeiros seis anos de vida (UNICEF, 2006, p. 7).

Outros elementos referidos nas Relações Comunitárias e de Credo são o comércio alimentício e empregadas domésticas, referidas como elemento de apoio às famílias.

[com as crianças] Ah o que ajuda bastante é o mercado que tem que comprar [...] (B31)
Ela [empregada] esta direto. A menina minha pegou ela para ajudar na casa dela, daí ela termina lá e já corre aqui para brincar com eles [crianças]. Fica o dia todo (C4)

Todavia, estes foram indicados de maneira esmaecida e por poucas famílias, porém estão presentes e devem ser considerados na singularidade das diversas redes sociais de apoio às famílias, enfatizando sempre a individualidade de cada família, sua rede e relações.

Outros elementos das Relações Comunitárias reconhecido pelas famílias também referidos como elementos desta rede de apoio são as áreas de lazer, como parques, praças e áreas privadas.

[...] quando eles estão muito agitados eu levo eles para brincar ali do lado, não tem muita coisa, tem um escorregador, umas coisinhas, mas eles gostam, se criaram ali. Desde pequeninhos eu levava eles lá, com 6 meses eu levava eles para brincar, e quando eu estou cansada que não posso ficar correndo atrás deles, eu levo eles lá, sento e eles ficam brincando, eles se cansam vem para casa, toma banho e dorme. (C9)
Para brincar tem o parque do shopping [menciona o nome do shopping] que tem os brinquedos lá dentro, então a cada 15 dias a gente leva ele lá, mas é só lá mesmo [...] aí tem escorregador, piscina de bolinha, cama elástica, essas coisas [...] (C20)

O lazer é considerado um dos estímulos necessários ao desenvolvimento infantil adequado, como brincadeiras, toques, entre outros (CHIESA; VERÍSSIMO, 2009). Portanto, famílias que contam com locais e momentos oportunos para o lazer, brincadeiras e relações interpessoais com as crianças podem favorecer a promoção do desenvolvimento infantil por meio de estímulos importantes.

Porém as famílias deste estudo reconheceram apoios não supridos relacionado à falta de áreas de lazer comunitárias.

[...] então isso que eu acho falta um espaço para as crianças brincarem. [...], tem que ter um espaçinho para eles. Tem que ter uma ocupação para as crianças (B15)

[...] Por aqui eu não levo em lugar nenhum, porque não tem. Não tem parque, não tem parquinho, não tem nada. No nosso bairro você não acha um balanço para as crianças se balançar, eu acho o fim do mundo (C19)

Falta um lugar para as crianças brincarem. É importante, muito importante, porque é para o desenvolvimento deles, é importante. [área de lazer] (CC2)

Bem antigamente eu levava ela ali na praça, no começo, mas agora não tem mais nada ali, quebraram tudo, nem os banquinhos da pracinha não tem mais para sentar, quebraram tudo. Eu levava ela lá para brincar, bem antigamente, porque aquela pracinha não durou muito tempo. (B14)

A falta de espaços de lazer, assim como a ampliação de alguns já existentes, também foi referida por famílias de outro estudo, que indicam estes espaços como elementos importantes de apoio para a promoção do desenvolvimento infantil, do mesmo modo como referem a necessidade de melhorias na segurança pública, ações que podem contribuir na redução da violência comunitária e diminuir o desgaste em relação ao tempo e descolamento para atender às necessidades da vida diária (MAZZA, 2007).

A ausência de espaços públicos, como parques, praças, áreas verdes e locais para prática de esportes, fere um dos direitos fundamentais ao desenvolvimento da criança, o direito de brincar. Com isto, podem-se reduzir as oportunidades de ela apreender o mundo, conhecer coisas e pessoas, estabelecer relações, resolver problemas, aprender e conquistar segurança, desfavorecendo a promoção do desenvolvimento infantil saudável (UNICEF, 2005).

As famílias também reconhecem como elementos da rede social de apoio à saúde das crianças, os recursos tecnológicos, Programas de Televisão, DVD e livros, indicados pelas famílias, pela função de guia cognitivo e conselhos, nos quais buscam informações e orientações referentes aos cuidados com as crianças, conforme falas a seguir:

O jornal, o jornal que ensina [como cuidar das crianças], eu gosto muito de assistir jornal. Normalmente sempre passa coisa na televisão, eu me informo bastante [...] (B31)

Na verdade tinha uns livros ali, daí eu gosto de ler bastante, daí eu já li bastante tudo que eu precisava, febre, cólica essas coisas eu lia no livrinho assim [...] (C24)

[...] E sempre que eu vou dar alguma coisa pra ele eu leio. Se eu vou mudar às vezes alguma refeição dele, eu sempre leio tudo no rótulo se pode dar, se não pode [...] (B1)

[...] ela [enfermeira] trouxe uma revistinha também, que eu gosto destas revistinhas [...] livrinhos que também tira dúvida (B14)

[...] minha filha, procura tudo na internet [...] então quando ela tem dúvida corre para a internet, só que internet não conversa, mas ela procura saber mais o que interessa. Quando tem problema com as crianças, até com ela, ela achou muita coisa que o médico não explicou [...] Vai no médico, mas quando ela tem dúvida procura na bendita internet. (A17)

A utilização de materiais didáticos pelas famílias é um recurso importante que pode e deve ser utilizado pelos profissionais de saúde para oferecer informações e condutas referentes ao cuidado com as crianças, desde doenças prevalentes na infância, vacinação, alimentação complementar, violência, até ações de promoção a saúde e educação.

Nas Relações com o Sistema de Saúde, os elementos reconhecidos pelas famílias foram: UBS, Unidade de Pronto Atendimento, farmácia municipal, hospitais, banco de leite e planos de saúde; profissionais: ACS, Enfermeiro, Médico, Assistente Social, Auxiliar de Enfermagem, Dentista, residente de Nutrição, residente de Enfermagem.

Estes elementos são representados por instituições públicas e privadas, referidos por algumas famílias mediante uma mescla na sua utilização, as quais preconizam os atendimentos da UBS para imunizações e privilegiam os atendimentos privados em consultas especializadas, o que corrobora o estudo de Vieira *et al.* (2010).

A presença de serviços públicos e privados disponíveis às famílias pode ser considerada um indicativo relevante para ações de promoção do desenvolvimento infantil, pois estas instituições têm papel importante no apoio oferecido, direta ou indiretamente, por meio de programas de educação e elaboração de políticas públicas de promoção à saúde, visando à formação de redes sociais de apoio, tanto familiar como comunitária, já que elas se

destacam nas sociedades contemporâneas (DESSEN; PEREIRA-SILVA²³, 2004 *apud* DESSEN; POLONIA, 2007).

Os elementos que compõem os serviços privados de saúde foram considerados os atendimentos particulares e conveniados pelos planos de saúde, como hospitais, clínicas, atendimento médico, atendimento de enfermagem, banco de leite, serviços especializados, atendimentos emergenciais, entre outros. Estes elementos foram indicados pelas famílias conforme alocações a seguir:

Tem a moça do banco de leite que vinha aqui em casa buscar leite. Tem o número aqui também que qualquer coisa é só ligar lá, referente à amamentação também (B14)

E ela [criança] tem mais o convênio [plano de saúde] [...] a gente usa mais o convênio [...] quando ela tem uma dorzinha de barriga a gente leva no convênio. Eu vou lá, pego a requisição do convênio, escolho o hospital, já levo [...] (A11)

Ela tem o pediatra dela, mas é particular [...] (C4)

Levei no dentista, tudo particular (A18)

Porque ela tem o pediatra particular dela, daí qualquer dúvida ele já deixa o celular comigo, aí eu corro e já ligo [...] (B16)

A presença de serviços privados de saúde em redes sociais de apoio também foi evidenciada em estudos com famílias de filhos egressos de UTI neonatal (VIERA *et al.*, 2010) e em itinerários de cura e cuidado de uma comunidade (SCHOLZE, 2005). Esses serviços são apontados por meio de relações favoráveis, devido ao acesso facilitado sem grandes esperas, acesso a especialistas e bom atendimento em caso de eventualidades (VIERA *et al.*, 2010).

O acesso a serviços privados de saúde pode contribuir de maneira positiva para a promoção do desenvolvimento infantil, uma vez que as famílias com poder aquisitivo ou com acesso a planos de saúde possuem opções de atendimento, além dos disponibilizados pelo Estado e ou prefeituras. Todavia, a utilização de elementos privados de saúde restringe-se a um pequeno grupo em relação à comunidade pesquisada, não podendo ser considerada opção para todos.

²³ DESSEN, M.A.; PEREIRA-SILVA, N.L. A família e os programas de intervenção: tendências atuais. In: MENDES, E.G.; ALMEIRDA, L.C.; WILLIAMS, A. **Temas em educação especial: avanços recentes** São Carlos: EDUFSCAR, 2004, p.179-187.

Apesar do reconhecimento de serviços privados de saúde, as principais fontes de apoio reconhecidas pelas famílias são ofertadas por serviços de saúde públicos, da atenção básica como UBS, Unidade de Pronto Atendimento e Farmácia municipal, assim como pelos serviços da atenção terciária, representados pelos hospitais.

A UBS é reconhecida pelas famílias primeiramente como elemento na função de apoio de serviço, por meio de consultas médicas, de enfermagem e nutrição, atendimento de puericultura, imunização, encaminhamentos, distribuição de medicamentos e pesagem do leite, direcionados para saúde e doença.

Sim, agora com oito meses que ela vai passar, vai passar com a médica [...] até quando passa com a médica assim quando passa com a enfermeira, nessa parte assim eu não tenho o que reclamar, bem atendido. Quando eu levo ela lá para vacinar é sempre bem atendido. [...] (B16)

Eu levo também na puericultura para pesar [...] ajuda até nos cuidados com o neném (B2)

Uso o posto, mas é só para puericultura, para fazer acompanhamento ou se precisar dentista, só para isso que eu uso o [menciona a unidade de saúde] [...] (C19)

[uso a unidade de saúde] mais para a parte de medico e dentista [...] (C2)

*[serviços da comunidade] por enquanto só utilizo o posto [UBS] (A2)
[para atendimento de saúde] [...] eu levo ali no postinho [...] [UBS] (C21)*

Uso [UBS] mas só de vez em quando, só para consultar quando ela esta doente [...] (C15)

[levo no posto] só mesmo quando estão doentes [...] eu tenho uma de sete anos que nem sabe o que é posto. (B3)

A oferta de serviço pela UBS oportuniza relações entre serviço e famílias, que podem ser utilizadas na identificação das necessidades e potencialidades de saúde de cada família, seja por meio de atendimento individual ou coletivo, para ampliar as possibilidades (GUEIROS, 2010) de atendimento à saúde da criança, num atendimento integral à família, pois, segundo levantamentos do Ministério da Saúde, o aumento da cobertura da ESF contribui mais para queda das taxas de mortalidade infantil e ampliação do acesso à água tratada ou à criação de novos leitos hospitalares (UNICEF, 2006), o que pode favorecer a promoção do desenvolvimento infantil.

Assim como em outro estudo (LACERDA, 2002), a UBS foi reconhecida pelas famílias como a instituição mais importante de apoio à

informação depois da rede social familiar, referente aos cuidados necessários às crianças, tanto em situações de saúde quanto doença, como descritas a seguir:

Para começar, eu vou sempre no posto [UBS] ver sobre isso [...] (B28)

Ah, eu qualquer coisa sempre vou no posto! [UBS] [...] e se eu tenho alguma dúvida eu pergunto. (A14)

Lá no postinho [UBS]. Na medida do possível, eles esclarecem as dúvidas [referente a dúvidas no cuidado das crianças] [...] (B15)

Sempre que preciso eu vou no posto [UBS] e pergunto, o que tem que fazer, o que não tem que fazer.[...] (A18)

A UBS é a porta de entrada para o sistema de saúde e pode propiciar momentos privilegiados para a promoção de ações resolutivas que contemplem de forma integral e abrangente as necessidades de saúde da família, pois oportuniza ações de cuidado integral à criança, além de envolver a atuação da equipe de saúde (BRASIL, 2004).

Na relação com os serviços públicos de saúde ofertados pela UBS, as famílias reconhecem profissionais de saúde como elementos de apoio, entre eles médicos, enfermeiros, dentistas, residentes de nutrição e ACS, muitas vezes identificados pelo nome e relações de confiança estabelecidas com as famílias. Estes profissionais são referidos principalmente como elementos de apoio na função de guia cognitivo e conselhos, oferecendo informações e esclarecimentos no cuidado às crianças, por meio de programas, consultas, visitas domiciliares, entre outros.

[pergunta para] o pediatra do bebê. O resto, todo mundo palpita, vizinho, amigas, mas o que eu tiro dúvida é com o pediatra que é quem você confia mais [...] (A2)

A enfermeira da [nome plano de saúde] também veio aqui. Explicou bastante coisinhas para ela. Eles vêm ver se a gente tem alguma dúvida a respeito do banho, a troca de fralda, da amamentação, se esta tudo bem, esse tipo de coisa, vê se o neném esta mamando bem. Foi bom porque ela esclarece alguma dúvida que a gente tenha (B14)

[...] E na puericultura também eles orientam a mãe desde quando a criança nasce até a idade adulta como cuidar dos dentinhos. Então é super- importante. (A9)

[pergunta] para os médicos que ficam lá [UBS]. Quando eu preciso assim eu vou lá, marco consulta e pergunto, tiro dúvida, peço para pesar, peço para ver o tamanho [...] As dúvidas que eu tenho é com eles que eu tiro. (B19)

[...] a gente sempre vai lá [UBS] e a gente procura a Pâmela é enfermeira daqui, daí eu tiro minhas dúvidas com ela [...] (B17)

[dúvidas e informações referente ao cuidado das crianças] [...] pergunto com a nutricionista que nos estávamos conversando por causa do peso dela. (A16)

[dúvidas e informações referente ao cuidado das crianças] Eu conto com os agentes [...], para estar me orientando[...] (A5)

Pergunto, sempre pergunto para ela [ACS] sobre a vacina e coisa e tal [...] daí ela me orientou a pedir para o médico para receitar (A18)

A presença das quatro categorias profissionais exigidas²⁴ na equipe da ESF reconhecidas na rede social de apoio às famílias aponta que a equipe como um todo tem importância na atenção à saúde da criança e ações de promoção do desenvolvimento infantil, por meio de consultas, atendimentos domiciliares, entre outro. Assim, as ações desenvolvidas por essa equipe devem ser integradas para que sejam efetivas e respondam às necessidades das famílias no cuidado à criança.

Essa relação de escuta e diálogo por parte dos profissionais, mencionado na fala B14, revela atitudes e disposição para perceber, conhecer e compreender a família em suas necessidades de cuidado à criança. Esse aspecto torna-se importante, pois está compreendido como uma ação cooperativa e articulada entre profissional, mãe e família (ERDMANN; SOUZA, 2009).

O programa de puericultura prevê o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança de zero a seis anos, envolvendo várias ações da equipe de saúde em geral, como avaliação do peso, altura, desenvolvimento, vacinação, intercorrências, estado nutricional, assim como orientações à família sobre os cuidados com a criança (BRASIL, 2004), o que oportuniza a troca das informações e esclarecimentos com relação às necessidades de saúde das crianças. Como este acompanhamento é realizado também para estreitar e manter o vínculo da criança e da família com o serviço de saúde, ele oportuniza ações e abordagens profissionais para a promoção da saúde e hábitos de vida saudável, promovendo o cuidado em tempo oportuno (BRASIL, 2004).

A disponibilidade desses profissionais relatada na fala de B17 pode garantir às famílias acesso a informações mínimas necessárias ao cuidado as crianças, tanto nos processos de doença como promoção da saúde e

²⁴ Brasil Lei 10.507 de 10 de julho de 2002.

desenvolvimento infantil. Esta relação se deve aos vínculos fortalecidos entre estes profissionais e as famílias.

Todavia, algumas famílias indicam a necessidade de um número maior de profissionais médicos e especialistas (pediatras) nas UBS e reconhecem dificuldades na troca de informações com eles, justificadas pela demanda e restrição de contato apenas em consultas, como descrito a seguir:

No posto falta pediatra, falta profissional [...] se a gente precisar de um pediatra tem que correr [...] (CC5)

Mas eu acho que eles deveriam colocar mais médicos, porque médico agora só duas vezes na semana. (BB5)

[falta] [...] Mais médico no postinho, que não precisasse levantar às quatro horas da manhã para conseguir uma consulta, um dentista. A minha menina está precisando de dentista, e como eu vou fazer? Tem que pousar lá para conseguir dentista. Não tem! Chega lá já não tem [...] (B22)

Quando a gente faz as perguntas lá para ele [médico], só. Mas assim difícil. Conversar com ele também é difícil. Tem que marcar consulta de manhã cedo, assim fora do horário não. (A16)

[...] e médico ali, é muita gente, e também ele não vai poder explicar também certinho [cuidados com a criança], porque aí vai horas, cada qual que tem que ser atendido (A17)

Essa dificuldade no apoio a informações e orientações referidas pelas famílias pode interferir na efetividade do apoio recebido ou até mesmo na busca dessa ajuda, esgarçando os laços da relação. Os profissionais que aspiram a compreender e mediar as famílias devem ter consciência de que o encontro entre ambos deve ser permeado pelo pensar, agir e com respeito, o que facilita o processo de interligação, pois “qualquer apoio a um projeto novo, significativo, implica aceitação, abertura de espaço, consciência direta da vida, comunicação” (TAKASHIMA, 2000, p. 89), o que vai fortalecer a relação e efetivar as ações de promoção do desenvolvimento infantil.

A saúde, assim como a educação, são serviços estratégicos essenciais aos indivíduos, porém não basta que ofereçam consulta médicas, é necessária a conjugação de ações e apoios advindos das demais políticas sociais e principalmente da rede social, como familiares e comunidade, para utilização eficaz destas ações (TAKASHIMA, 2000).

Outro serviço oferecido pelo sistema público de saúde e reconhecido pelas famílias como elemento da rede social de apoio à promoção do

desenvolvimento infantil se refere à Unidade de Pronto Atendimento, utilizada pelas famílias, principalmente fora do horário comercial.

No postinho ali [UBS]. Quando ali está fechado, eu tenho que levar ela no 24h [pronto atendimento]. (A16)

Eu levo só ali no posto [UBS] [...] quando o posto fica fechado a gente leva no 24horas [pronto atendimento] [...] (A23)

Ali no pronto socorro [pronto atendimento] do [nome bairro] as vezes que eu precisei eu fui lá (B12)

Este serviço também foi referido pelas famílias como espaço que privilegia a busca de informações em dias e horários adversos.

Ah, eu procuro o posto mesmo! [...] daí quando não tem o posto, no caso, que esta fechado, de noite, ou de final de semana eu vou no pronto- socorro mesmo. Daí no caso, sobre a saúde dela, eu vou buscar orientação no pronto socorro mesmo (A9)

[...] quando precisa eu levo aqui no postinho, sei lá às vezes levo no [pronto atendimento] 24horas quando é preciso. (C2)

Ressalta-se a importância do atendimento no serviço de urgência (C2), não só como resolutivo imediato a problemas de saúde, mas também como fontes importantes de informações e orientações quanto aos cuidados com as crianças em situação de saúde e ou doença. Este fato configura a importância de um olhar profissional voltado não somente para o tratamento da doença, mas também de prevenção e promoção da saúde na qual os profissionais devem aproveitar todas as oportunidades para estimular a criança (UNICEF, 2005) e oferecer à família informações necessárias ao cuidado.

Quanto às Agências de Socialização, as famílias reconhecem como elementos de sua rede social de apoio, instituições e profissionais, entre eles CRAS e Assistente Social, que são reconhecidos como elementos de apoio na função de apoio de serviço, que oportunizam às famílias apoio social, encaminhamentos, apoio material.

Eles [CRAS] encaminharam a assistente social que ela ficava disponível a hora que eu precisasse. Eu ligava e ela vinha [...] (B3)

[...] a gente pegou auxílio lá na prefeitura, na assistente social (C1)

O CRAS que eu precisei porque tinha perdido o registro da minha menina, e daí precisava recadastrar no Bolsa família, eu fui no CRAS. (A7)

Quando meu marido estava doente e precisou de fralda [...] daí a gente pegou auxílio lá na prefeitura, na assistente social. (C1)

O reconhecimento do CRAS como elemento de apoio corrobora suas propostas de atuação, que visam a atender o indivíduo ou família por meio da prestação de serviços e programas socioassistenciais de proteção social básica (BRASIL, 2010b). Por meio deste apoio às famílias em situação de vulnerabilidade ou risco social, ganham oportunidades de desempenhar sua função de proteção e cuidado à criança.

Os programas sociais Bolsa Família e Programa do Leite foram mencionados com ênfase pelas famílias como elementos de apoio no cuidado às crianças (B1, A1, B34, C26, B9) por meio do serviço oferecido por eles, apoio financeiro e alimentar, como observados nas falas a seguir:

[auxílio financeiro] eu tenho o Bolsa família que tem me ajudado muito graças a Deus. Eles subiram agora para 134,00, tem me ajudado bastante (B1)

Mas o leite e a fralda, eu estou conseguindo comprar com o Bolsa família (A1)

Eu tenho o Bolsa família, que é uma ajuda financeira [...] (B34)

[auxílio de programas governamentais] [...] tem só o programa do leite (C26)

[auxílio de programas governamentais] Estou contanto com o leite que nós estamos pegando [programa do leite], [...] porque eu pego o leite dele e o que eu ganho (B9)

Os programas de complementação de renda tornaram-se numericamente significativos, tendo avaliações positivas quando articulados com apoio socio-informacional e fortalecimento da autonomia da família (CARVALHO, 2003; VIERA, *et al.*, 2010). Assim, as famílias que têm acesso a esses programas e serviços, de apoio financeiro e alimentar, podem utilizá-los em prol da criança e de seu desenvolvimento infantil.

O suporte oferecido pelo programa nacional de complementação de renda (Bolsa Família) deve ser visto como um meio e não um fim, devendo associar-se ao conjunto de serviços/programas que são oferecidos pela política social, almejando a proteção social e o desenvolvimento de condições para autossustentação do grupo familiar (TAKASHIMA, 2000).

Estes programas governamentais foram indicados por muitas famílias como elementos de apoios não supridos principalmente relacionados à dificuldade de acesso a esses projetos governamentais (A15, B13, B19).

Bolsa família eu ainda estou tentando fazer que daí eu estou incluída com minha mãe e eu não estou conseguindo tirar o cadastro que esta incluído com a minha mãe[...]. (A15)

Bolsa família eu já renovei umas 60 vezes, sem mentira nenhuma, estou com as folhas até agora nada. Nunca peguei um centavo [...], porque nem cartão nem dinheiro eu não vi ate hoje. (B19)

Programa do leite, só para Bárbara. Porque para ele não foi feito ainda. Foi feito o cadastro e voltou três vezes, porque é o mesmo endereço. Então, porque já tem dois que pega leite aqui. Só que são casa diferentes. (B13)

Outros estudos também identificam que a falta de políticas públicas eficientes age como inibidora do potencial das famílias para a promoção do desenvolvimento infantil (MAZZA, 2007). Assim, os programas sociais de complementação de renda precisam auxiliar as famílias de maneira efetiva, garantindo continuidade e qualidade nos cuidados necessários às crianças (BECKER, 2000).

Muitas famílias brasileiras dependem de políticas públicas para desempenharem suas funções de cuidado e formação de crianças e adolescentes, sobretudo as menos favorecidas (TAKASHIMA, 2000). Com base nos relatos, nota-se que a existência de políticas públicas às famílias não garante assistência integral, deixando-as muitas vezes desassistidas, inviabilizando o suporte básico necessário para que cumpra sua função de apoio às crianças e adolescentes (FERRARI; KALOUSTIAN, 1994).

A Pastoral da Criança também foi reconhecida pelas famílias como elemento de apoio, por meio dos serviços prestados à comunidade que oportunizam às famílias apoio social, encaminhamentos, auxílios materiais e alimentares, como descrito nas falas a seguir:

[...] Tem a pastoral da criança, que eles fazem uma reunião ali, acho que uma vez por mês, mas isso aí [...] eu fui mais porque ele estava com baixo peso [...] então ele estava perdendo muito peso [...] (A14)
Pastoral da criança. Eu levo as crianças [...] pesa as crianças, daí eles dão mult-mistura. Daí no começo do mês eles dão uma cesta-básica para a gente, mas é a cesta [...] para mim já ajuda muito. Ajuda muito com as crianças (A21)

Esta instituição social é considerada a maior equipe de voluntários no Estado do Paraná com destaque ao atendimento da população infantil. Ela tem como base a comunidade e a família, voltada para a sobrevivência infantil, seu desenvolvimento integral e solidariedade entre famílias. Desenvolve ações de

vigilância nutricional e mais recentemente desenvolvimento integral e melhoria na qualidade de vida das crianças (ANDRADE; MELLO, 2006), tornando-a um elemento significativo na rede social de apoio às famílias para a promoção do desenvolvimento infantil.

Iniciativas governamentais e não governamentais no Brasil visam a auxiliar as famílias no fortalecimento de suas competências relacionadas ao cuidado das crianças, entre elas destacando-se o CRAS, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS e a Pastoral da Criança. Eles devem atuar em contato direto com as famílias de comunidades pobres e oferecer orientações às famílias e pais sobre os cuidados necessários às crianças (UNICEF, 2006). Todavia, “a oferta de políticas sociais de apoio à família não consegue contemplar o contexto familiar como um todo” (TAKASHIMA, 2000), fazendo com eles sejam reconhecidos de maneira esmaecida pelas famílias.

O Pró-criando é um projeto municipal que fornece atividades educativas e culturais no contraturno escolar para crianças entre seis a 12 anos, e foi indicado pelas famílias como elemento de apoio às famílias na função de apoio de serviço e função de regulação social, direcionado às crianças e adolescentes.

[...] E aí teve o projeto [Pró-criando] também que os meninos [maiores de cinco anos] ficaram. Projeto de pintura, marcenaria, que eles ficaram também (A9)

Só o André [filho 11anos] que estava no projeto [...] eles ficam ali brincando, tem aulas teóricas, tem danças, essas coisas assim sabe, que interte eles (B1).

Ajuda [projeto] porque geralmente as drogas que estão soltas [...] os pequenos que estão envolvidos em drogas não passam dos 15, 16 anos, ali vai para roubo, vai preso [...] eles têm quatro anos no projeto. Então ajuda [...] eles têm amigo, e meu quintal é pequeno, não tem lugar de atividades, para eles baterem uma bola, então eles vão lá brincam e estudam. (B34)

O Pró-criando é um projeto desenvolvido pela Secretaria Municipal de Ação Social do município em questão, que tem como objetivo, por meio do desenvolvimento de atividades com crianças e adolescente no contraturno escolar, ampliar seus conhecimento e relações sociais (LIMA, 2009). Neste estudo, as famílias reconhecem este serviço também com função de regulação social, pois ‘afasta’ crianças e adolescentes de possibilidades de envolvimento

com drogas, crimes, entre outros, contribuindo para a promoção do desenvolvimento infantil.

Todavia, foi apontado de maneira significativa pelas famílias principalmente relacionada à dificuldade de acesso encontrada, pela discrepância entre o número de crianças e adolescentes e as vagas disponíveis.

[...] se tivesse um projeto para por eles no período que eles estivessem de folga no colégio para eles ficarem, seria tão bom, porque seria menos preocupação para a gente. [...] porque quando terminou as aulas eu perguntei e as meninas disseram: Está difícil, já tem um monte de gente na espera [...] mas eu gostaria, se tivesse. (B1)

[...] seria ótimo se eu conseguisse a bendita da vaga ali, que tem o projeto, que os dois [filhos] poderiam estar no projeto [...] mas cadê? [...] eu já dei o nome há uns dois anos atrás, ficaria ate melhor porque daí eu só pagaria a pessoa para levar e buscar (B5)

Os programas destinados à promoção social e humana visam a responder à lei orgânica de assistência social que garante às famílias esse direito. Assim, as referências às dificuldades de acesso a esses programas inibem ainda mais a garantia do cuidado necessário às crianças, ingressando a comunidade, parentes, vizinhos e amigos como elementos importantes de fortalecimento às famílias (SOLYMOS; MARICONDI; SOARES, 2009) para a promoção do desenvolvimento infantil.

Como a qualidade do cuidado oferecido às crianças também depende do acesso que a família tem a serviços públicos e comunitários, como escola, UBS, atividades culturais, sociais, esportivas e de lazer (SOLYMOS; MARICONDI; SOARES, 2009), a escassa indicação das famílias quanto ao apoio oferecido por serviços sociais, culturais, esportivos e de lazer, pode implicar a saúde da criança e seu desenvolvimento.

4.2.4 Rede Social de Trabalho e Estudo

Nas Relações de Trabalho e Estudo, as famílias reconheceram como elementos de apoio ao cuidado à criança a instituição educacional creche, por

meio do serviço prestado às famílias e comunidade, conforme falas a seguir:

*[recurso da comunidade para o cuidado] Tem a creche ali [...] (A15)
recurso da comunidade para o cuidado] o Felipe fica na creche [neto
2anos], então ele fica o dia todo [...] (C8)
[auxílio no cuidado] [...] A creche no caso [...] ela vai ficar meio
período [...] Na verdade eu estou mais tranquila porque [...] o
ambiente é mais limpo, mais arejado, tem toda uma estrutura, as
professoras são todas formadas, gostam do que fazem então esta
mais tranquilo (C24)*

A presença da creche como elemento de apoio as famílias é importante, pois, além de promover o desenvolvimento integral das crianças, promove recompensas sociais, garantindo uma vida adulta melhor por meio da somatória da frequência à educação infantil e à qualidade de atenção às crianças em casa (UNICEF, 2006).

A creche também é considerada um mecanismo eficiente para conciliar famílias de crianças de baixa renda e trabalho, pois possibilita um aumento de até 50% na renda familiar, além da inserção da mãe no mercado de trabalho, especialmente as mais pobres (UNICEF, 2006).

No Brasil, apesar do impacto benéfico da educação no desenvolvimento infantil, menos da metade das crianças de até seis anos frequenta creches e pré-escolas, que foram construídas historicamente pela necessidade das famílias para o trabalho, sendo sua distribuição nacional irregular e acessos restritos, tendo aproximadamente apenas 28,9% das crianças até seis anos frequentando estes estabelecimentos de ensino (UNICEF, 2006). Neste sentido, verificam-se nas falas abaixo as inúmeras ressalvas destacadas pelas famílias, referentes ao acesso a estas as vagas e a atendimentos nas creches municipais.

Acho [...] que poderia ter mais creche. Que no caso, que nem eu, coloquei na lista de espera e só ano que vem vai ter. Eu vou ter que deixar com a minha irmã, mas daí e se eu não tivesse a minha irmã para deixar? E tem várias pessoas assim, que as crianças ficam jogadinhas [...] (A9)

A gente sente mais dificuldade é com creche. Para pôr o nome na creche tem que esperar anos. O Lucas mesmo, eu deixei o nome dele na creche quando eu estava grávida dele, e ele foi entrar na creche quando já tinha uns dois anos [...] (B2)

Pior são as vagas que nunca tem [creche] (AA6)

Verifica-se um déficit crônico de creches em relação à demanda, e a falta de políticas públicas efetivas de ampliação de vagas e melhoria na qualidade do serviço faz com que esta instituição de ensino e cuidado restrinja as possibilidades de escolha por parte das famílias “submetendo-as a uma situação de espera”, o que gera sentimentos de gratidão ao conseguirem a vaga, em detrimento de um direito instituído (MARANHÃO; SARTI, 2008, p. 178).

Entretanto, sabe-se que há mais de uma década, estas instituições foram reconhecidas como um direito da criança e passaram a fazer parte da educação básica. Portanto, a creche precisa ser vista como direito para todos, como forma de fortalecer a família na promoção do desenvolvimento infantil, em resposta às suas necessidades e não um privilégio para alguns, sendo o acesso a essas políticas públicas um fator que pode potencializar ou inibir a autonomia das famílias para o cuidado das crianças, tendo sua distribuição equitativa como contribuição para a redução das iniquidades (MAZZA, 2007).

As creches foram reconhecidas pelas famílias, por meio da prestação de serviços, atividades culturais, além de apoio material, conforme falas a seguir:

[auxílio no cuidado] só a creche mesmo, meio período. Ela vai para creche de manhã [...] eu sei que ela faz bastante brincadeira lá [...] (B24)

Eu estou acostumada, desde pequeno, desde que nasceu sempre eu que cuido, e a creche também que ajuda, mas eu nunca deixei eles com ninguém para cuidar assim. Só a creche que cuida dela só , daquela lá e agora desse aqui [...] agora esta na creche estão bem cuidados (B29)

[auxílio] Material [escolar] a creche dá para as crianças, o kit que fala. (B7)

O Mateus vai segunda feira para a creche, a vaga dele eu consegui [...] ele gosta de aprender, ele gosta de ter muita informação, ele é curioso. Ele pergunta, pergunta, pergunta que nossa. Então na creche eu acho que ele vai aprender muito. Vai [ajudar] porque nem tudo eu consigo responder ele. Nem tudo eu consigo ensinar ele, então eu acho que na creche vai ficar melhor, eu acho que ele vai ter mais informação e via ficar menos curioso, ou mais (C6)

Os serviços ofertados pelas instituições educacionais favorecem as famílias na assistência às crianças e na promoção do desenvolvimento infantil, pois dividem com elas o cuidado às crianças, contribuem com atividades formativas, de estímulo ao desenvolvimento cognitivo e social, além de reunir

num único contexto, diversidade de desenvolvimento e aprendizagem, conhecimentos, regras e valores, promove interações contínuas e complexas entre os indivíduos num ambiente multicultural, que abrange também a construção de laços afetivos e preparo para inserção na sociedade (OLIVEIRA²⁵, 2000 *apud* DESSEN; POLONIA, 2007).

Outra função de apoio da creche reconhecida pelas famílias se refere à regulação social, direcionado aos pais, em prol da saúde das crianças, conforme exemplificado na fala de B29:

[as crianças] vão para a creche [...] Na creche dão informação, no colégio dão. [...] dá para pensar na cabeça. Eles falaram que a gente tem que dar educação, para não machucar a criança assim, ensinar coisas boas para a criança [...] (B29)

A atuação da creche como elemento com função também de regulação social se dá pelo compartilhamento de responsabilidade entre instituição e família, que visa a garantir a qualidade da saúde e educação por meio da participação ativa dos familiares neste espaço (UNICEF, 2006).

Embora não tenha sido reconhecida pelas famílias, a creche também oferece o apoio de “acesso a novos contatos”, oferecido às famílias por meio da relação que propicia às crianças e família relação com outros elementos que não compunham sua rede social de apoio, mas que por meio da convivência diária podem desenvolver vínculos de proximidade e ajuda mútua com os mais variados tipos de suporte.

Esta relação da criança com outras da mesma faixa etária também contribui para a promoção do desenvolvimento infantil, pois propicia aos pequenos ocupar diferentes papéis, aprendendo a negar, dividir e aceitar, além de aprenderem o sentido de grupo (UNICEF, 2006), tão importante no desenvolvimento do ser humano devido às necessidades globais.

Outro elemento das Relações de Trabalho e Estudo indicado pelas famílias se refere à escola frequentada pelas crianças na faixa etária acima de seis anos, conforme explicitadas a seguir:

²⁵ OLIVEIRA, Z.M.R. Interações sociais e desenvolvimento: a perspectiva sociohistórica. Caderno de CEDES. v.20, p. 62-77, 2000.

[recurso da comunidade para crianças] Só a escola, a mãe dele leva ele de manhã, e à tarde ela busca [...] (A23)

[recurso da comunidade] Escola sim, a escola ali do Guilherme para ele ir estudar. (A17)

[recurso da comunidade] Só as duas mais velhas [...] vão para a escola [...] (A7)

No caso da instituição escolar, as famílias apenas indicam o serviço prestado a elas e a seus filhos por meio da educação formal. Todavia, esta instituição também se apresenta como ambiente em que as práticas educativas de cunho social permitem a inserção e ampliação da criança como cidadão e protagonista da história e da sociedade. Também oferece oportunidades de experimentar e aumentar o repertório de aprendizagem e desenvolvimento, além da aquisição de saberes culturalmente organizados em diferentes áreas de conhecimento, sendo os recursos oferecidos pela escola indispensáveis para a formação global do indivíduo (DESSEN; POLONIA, 2007).

Outras funções de apoio desempenhadas pelas escolas referem-se a atividades culturais e apoio material, conforme falas a seguir:

Porque material [escolar] eles recebem da escola [...] (A20)

[apoio da escola] só material, porque material a escola dá para eles. A escola dá roupa, uniforme, deu tênis e pega o material. (C11)

Só o material da escola mesmo, o material escolar que eles dão na escola. (C26)

Verifica-se que as ações desenvolvidas pela rede de serviços educacionais reconhecidas pelas famílias não alteram suas condições de pobreza, pois apenas cumprem sua presença compensatória e não de promoção à saúde, sendo considerado um serviço tão secundarizado pelos próprios usuários a que atendem, demonstrando o papel residual na proteção social das famílias empobrecidas desempenhado pelo estado (TAKASHIMA, 2000).

Outra instituição educacional citada pelas famílias refere-se à escola da mãe, indicada como elemento presente na comunidade e frequentada diariamente pelas mães das crianças.

[recurso da comunidade] Eu estudo [mãe] (A8)

[...] minha faculdade é de manhã [...] (C24)

Mesmo não sendo reconhecido pelas famílias como elemento de apoio à promoção do desenvolvimento infantil, este elemento é relevante na rede social de apoio às famílias porque possibilita às mães acesso a informações, favorece sua socialização e promove benefícios futuros mediante conquista de maior grau de instrução, podendo privilegiar acesso ao mercado de trabalho, entre outros.

Também, nas Relações de Trabalho e Estudo, foram considerados os elementos com quem as famílias mantêm algum tipo de relação cujo lócus é em ambientes de trabalho (SLUSKI, 2010). Estas relações foram referidas por poucas famílias como elementos provedores de apoio financeiro, propiciando acesso a bens e serviços necessários à vida e cuidado da criança e se deram pelo contato de pais, mães, tios e avós.

Meu marido trabalhar, porque se ele não trabalha eu estou ferrada [...] (A7)
Olha, para ser sincera, eu trabalhando eu tenho mais pessoas para me ajudar [no cuidado às crianças] que daí eu posso pagar [...] (B5)
[...] até os 18 anos ela tem direito ao convênio de empresa (A11)
Material [escolar] quem dá é a firma dele [esposo] [...] dá cesta básica. (B3)

A presença do elemento trabalho na rede social de apoio de famílias também foi identificado em outro estudo, proporcionando condições materiais, transporte e até flexibilidade de horário para visitas hospitalares à criança internada (HAYAKAWA, *et al.*, 2010). Assim verifica-se que neste estudo o trabalho propicia condições materiais tanto para fortalecer a educação da criança como subsídio para atenção a saúde.

Assim, a possibilidade de a família manter algum tipo de relação com elementos do ambiente de trabalho pode auxiliá-la no cuidado às crianças, uma vez que as dificuldades econômicas influenciam diretamente as mudanças na dinâmica familiar, por meio da qual a mulher passa a contribuir com a força de trabalho, conferindo novas posições na estrutura doméstica, alterações de vínculo entre marido e filhos, além da redistribuição de afazeres domésticos (ROMANELLI, 2003).

Portanto, o trabalho é considerado um instrumento que viabiliza a vida familiar, concebido tanto para o homem como para a mulher como parte complementar das atribuições familiares, seguindo uma lógica de obrigações

que caracterizam as relações familiares (SARTI, 2007), facilitando acesso a produtos e serviços que podem contribuir para ações de promoção do desenvolvimento infantil.

Outro tipo de apoio propiciado às famílias por meio da relação com elementos do ambiente de trabalho, mas que não foi reconhecido pelas famílias, refere-se ao contato com novos elementos, pois pais, mães, avós, tios, entre outros, passam a se relacionar com pessoas que não compunham a rede social de apoio daquelas famílias e que também podem conectar-se a ela por meio de alguma(s) função/funções de ajuda.

4.3 ATRIBUTOS RELACIONAIS DA REDE SOCIAL DE APOIO ÀS FAMÍLIAS

Realizada a identificação dos elementos que compõem a rede social de apoio para a promoção do desenvolvimento infantil e os tipos de suporte ofertados por esta rede, buscou-se identificar o tipo de relação que as famílias desenvolvem com cada um dos elementos da rede social de apoio segundo o grau de proximidade, classificado em maior grau de compromisso, menor grau de compromisso e relações ocasionais (SLUZKI, 1997).

As relações com maior grau de compromisso são caracterizadas pela confiança entre os indivíduos, mas também são expressas por meio de sentimentos em que a pessoa se sente à vontade para falar abertamente sobre todo e qualquer assunto, incluindo tipos semelhantes de relacionamento entre parentes e amigos (CHOR *et al.*, 2001). Essas relações geralmente se desenvolvem com familiares diretos, amigos próximos, entre outros, e são representados no MMR por elementos contidos no círculo interno (SLUZKI, 1997).

As relações com menor grau de compromisso são caracterizadas por vínculos profissionais e mais formais, como “amizades sociais”, entre outras, representados no MMR pelo círculo intermediário. As relações ocasionais indicam relações que ocorrem com menos frequência e menos intimidade, como familiares distantes, conhecidos de escola ou trabalho, frequentadores de

uma mesma paróquia, representados no círculo externo do MMR (SLUZKI, 1997).

Assim, para identificar esses graus de compromisso das famílias com os elementos da rede, realizaram-se três sessões de grupo focal, nas quais foi apresentado um cartaz com a figura do MMR proposta por Sluzki (1997), explicando os círculos propostos para a identificação do grau de compromisso, discutindo com elas a inclusão dos elementos no mapa. Por meio de questões direcionadoras e discussões, as famílias de 19 famílias participantes foram indicando o grau de compromisso estabelecido com alguns elementos desta rede, sendo eles inseridos no MMR pelo pesquisador, configurando a Figura 5.

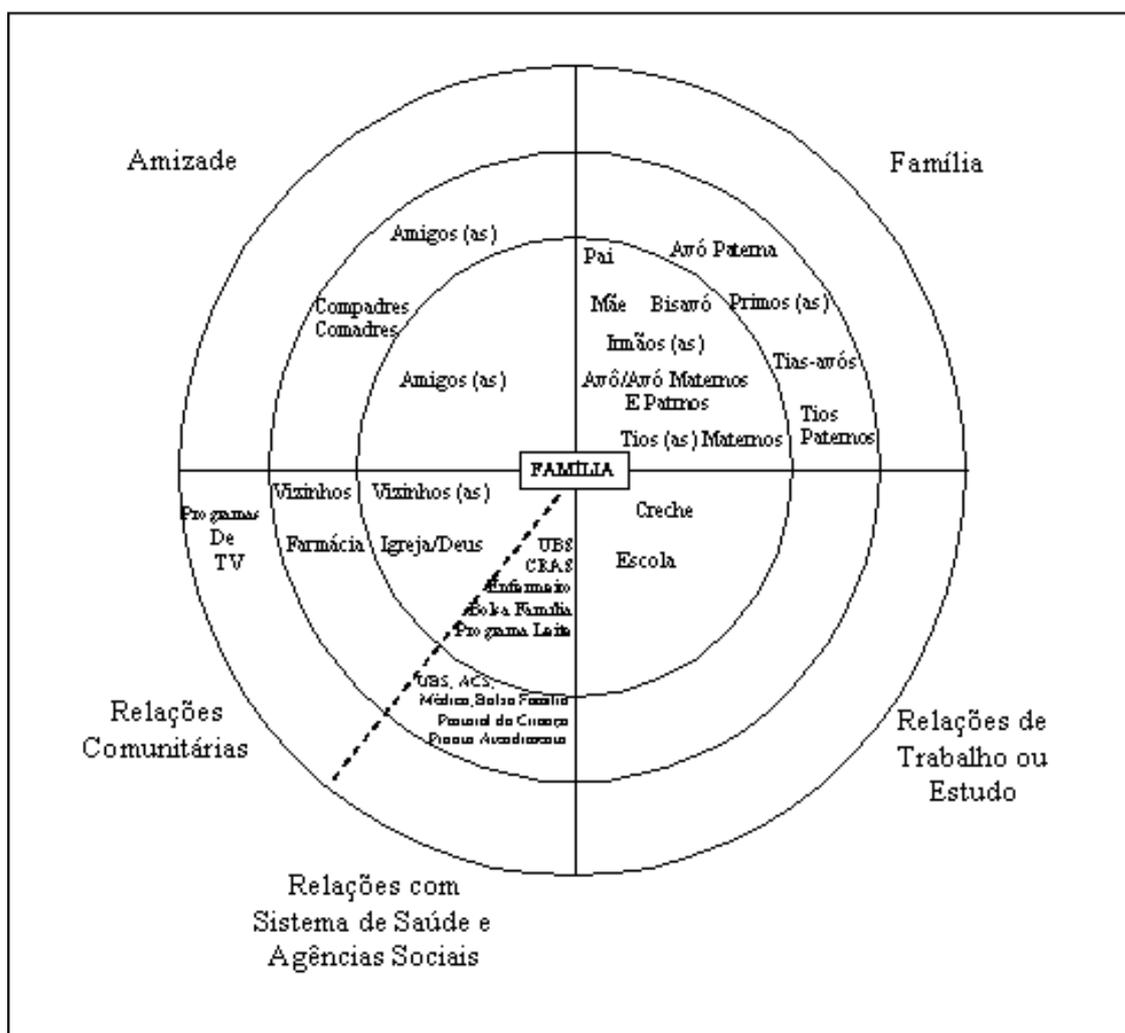


FIGURA 5 – GRAU DE COMPROMISSO ENTRE FAMÍLIAS E ELEMENTOS DA REDE SOCIAL DE APOIO À PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

FONTE: A autora (2010).

Fazem parte dos vínculos com maior grau de compromisso, elementos pertencentes aos quatro tipos de relações (Familiar, Amizade, Comunitárias e de Credo e de Trabalho e Estudo), entre eles: pai, mãe, irmãos, irmãs, tios, tias, avôs e bisavós maternos, amigos e amigas, vizinhos e vizinhas, igreja/Deus, UBS, profissionais enfermeiros, CRAS, Programa do Leite, creche e escola.

Os elementos da Rede Social Familiar são representados por integrantes da família nuclear, muitos parentes maternos e apenas as avós do lado paterno:

A minha mãe e o meu pai eu acho que é no primeiro [círculo interno] (BB3)

Mas se desse para colocar ele em primeiro eu iria colocar meu marido também, junto com a minha mãe. [círculo interno] (BB1)

Minha sogra me ajuda bastante. Bem próximo. [círculo interno] (BB2)

Todas. Todas me ajudam [irmãs maternas]. Me ajudam até demais [círculo interno] (BB5)

A ligação intensa estabelecida entre famílias e Rede Social Familiar materna é conhecida e justificada historicamente por meio de redes de solidariedade e ajuda mútua, sendo esta preferida pelas mulheres na hora de solicitar algum tipo de apoio (SARTI, 2007). Também é considerada um dos principais contribuintes no desenvolvimento de seus integrantes, auxilia as famílias no desenvolvimento de suas relações sociais, atende as necessidades dos sujeitos e ensina a conviver com diferenças e limites (CHIESA; VERÍSSIMO; FRACOLLI, 2009).

As ligações entre pais e filhos são fundamentais tanto no plano social quanto afetivo, o que favorece o desenvolvimento infantil saudável mediante essa maior proximidade (ROMANELLI, 2003). Assim, essas interações ocorridas no microsistema familiar são consideradas fonte de implicações significativas para promoção de saúde da criança, mesmo que outros sistemas

sociais, como escola, trabalho dos genitores entre outros, também contribuem para este desenvolvimento (PEREIRA-SILVA; DESSEN, 2003).

Assim, o apoio proporcionado à família tende a minimizar as necessidades enfrentadas por meio da interação entre si e a realidade (SOLYMOS; SOARES, 2002), pois é este o primeiro ambiente de socialização da criança, por meio de relação com diferentes elementos. Destarte, podem-se desenvolver regras de convivência social, reciprocidade, tolerância, responsabilidades, aprender a conviver e resolver conflitos, controlar as emoções, expressar os diferentes sentimentos que constituem as relações interpessoais, lidar com as diversidades e adversidades da vida como limites naturais da vida e da morte entre outros, o que vai complementar o desenvolvimento dos indivíduos (PETRINI & ALCÂNTARA, 2001³ *apud* SOLYMOS; SOARES, 2002).

As formas de expressões e habilidades sociais, que inicialmente são desenvolvidas no âmbito familiar, vão repercutir nos diversos ambientes de interação das crianças e famílias, ativando os aspectos saudáveis ou desgastantes da condição de vida e interferindo na saúde das crianças e das famílias (DEL PRETTE; DEL PETTE, 2001).

Além da dimensão social, a família tem papel relevante na redução do estresse ao participar com os indivíduos de situações de perigo, atenuando nas reações de alarme frente ao desconhecido (SLUZKI, 1997). Assim, crianças e adultos podem se beneficiar da Rede Social Familiar de apoio na redução de efeitos psicológicos e fisiológicos frente a diversas situações cotidianas.

Este vínculo de confiança, solidariedade e ajuda mútua encontrada nas famílias também é reconhecido por elas nas relações com maior grau de compromisso desenvolvidas com amigos, como nas falas a seguir:

Eu tenho o costume de dizer assim, que geralmente, as pessoas estranhas, amiga, amizade [...] são as que mais ajudam a gente! (CC5)

Essa minha amiga também [...] eu acho que ela é importante [...] então eu colocaria em primeiro (BB3)

Tenho bastante [amigas]. Incluiria aí também [círculo interno] (CC1)

Este grau de proximidade é importante no suporte às famílias no cuidado às crianças, pois estes elementos, além de estarem ligados

diretamente ao principal cuidador da criança e morarem próximo, são os principais fornecedores de apoio socioemocional, que contribui com um conjunto de recursos sociais e pessoais, que podem auxiliá-las no desenvolvimento de estratégias adaptativas em momentos adversos (BRITO; KOLLER, 1999).

Outro estudo indica que os amigos, geralmente são inclusos no círculo intermediário da rede de apoio às pessoas e famílias (BRITO; KOLLER, 1999), todavia, devem considerar que a rede é dinâmica, sendo alguns elementos, como os amigos, inclusos e excluídos da rede de algumas pessoas de acordo com suas necessidades e reciprocidade nas relações.

Outro elemento representado no círculo interno desta rede são os vizinhos, também indicados por meio destas relações com maior grau de compromisso, segundo as falas a seguir:

Tem umas vizinhas que me ajudam bastante. Prefiro ela do que as irmãs de verdade. Eu prefiro contar com as vizinhas. (BB5)
[...] como a minha família mora longe, então para mim os vizinhos estão perto. [círculo interno] (AA6)
Para mim é mais próximo, porque moram no mesmo quintal, é muito mais fácil falar com os vizinhos [...] então pra mim é próximo [círculo interno] [vizinho] (AA5)
Para mim é próximo. [círculo interno] [vizinho] (AA1)
Mais próximo. [círculo interno - vizinho] (BB5)

Esta proximidade com os vizinhos acontece devido a migrações em famílias com rede social reduzida, como na fala da família AA6, ou mesmo pela sua socialização com a comunidade. Assim, para algumas famílias, o vizinho é considerado não somente um elemento importante da sua rede social de apoio que mora ao lado, mas sim alguém de quem a família depende para sobreviver, atribuindo a ele esse maior grau de compromisso, não somente no receber, mas também no dar e retribuir (SARTI, 2007).

Também é reconhecida por meio de relações com maior grau de compromisso a igreja/Deus, que foi incluída no círculo interno da rede, conforme discursos a seguir:

Mas o apoio verdadeiro que eu busco mesmo é só em Deus! Meu amigo mais fiel! Que me atente a hora que eu preciso! Esse é o verdadeiro! (CC2)
É, ajuda bastante [...] porque se você desde pequenininho acostumar a criança a ir lá na igreja, a aprender as coisas[...]. (AA6)

Mais próximo [círculo interno] [igreja]. (AA3)
Bem próximo [círculo interno] [Deus] (CC2)

Essas ligações sociais, intermediadas por ordem de natureza e do sobrenatural, constituem uma cadeia de relações recíprocas, fundamentadas no dar, receber e retribuir, mesmo que não imediatamente. Portanto, Deus apresenta-se como uma entidade moral que comanda o universo, independentemente da religião (SARTI, 2007).

Das políticas públicas e serviços sociais, as famílias reconhecem uma relação com maior grau de compromisso estabelecido com o Programa do Leite, Bolsa Família, CRAS e o profissional Assistente Social, como nas falas a seguir:

O programa do leite também [...] usa bastante, porque a gente pega leite na segunda, na quarta, na sexta, e sempre [...] É bem importante [...] [programa do leite] acho que mais próximo [círculo interno] (AA7)

O bolsa família, ajuda muito. Para quem usa Bolsa Família, que isso é uma ajuda pra criar as crianças. (AA8)

Ajuda um pouco. Às vezes a gente esta bem apurada e vem na hora certa. [bolsa família] (BB5)

Mais perto [...] porque fica mais pertinho mesmo [Bolsa Família]. (BB4)

Ah, quando a gente esta precisando, vieram, me ajudaram [...] E tem muita coisa se a gente pede para eles, se eles puderem eles ajudam a gente [CRAS] (CC6)

A assistente social no caso do postinho, eu não estou precisando, mas tem (CC5)

Pode colocar perto [círculo interno] porque, os outros também precisam [serviços social] (CC2)

Este grau de proximidade desenvolvido entre as famílias, políticas públicas e os serviços sociais torna-se importante, uma vez que o estado de saúde dos indivíduos sofre influências das características contextuais como “*status* social, nível de educação, ocupação, riqueza do ambiente durante a infância, suporte social” (CONSTANDRIOPOLUS, 1998, p. 200).

Este vínculo próximo tem sua contribuição reconhecida também no papel dos profissionais do serviço social, que direcionam suas ações na inserção da família nas organizações do poder público e sociedade civil, por meio de políticas públicas a fim de garantir condições protetivas às famílias,

buscando efetivar seus direitos e exercitar processos emancipatórios com vista à promoção da justiça social (GUEIROS, 2010).

Em se tratando de famílias com baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto) renda familiar mínima (entre 1,1 e dois salários mínimos) e altas aglomerações por residência (entre quatro a seis pessoas), o apoio do sistema de serviço social passa a se destacar diante das dificuldades emergentes tanto para a sobrevivência como na manutenção da saúde.

Ainda no círculo interno, encontram-se os serviços de saúde e profissionais indicados pelas famílias por meio de relações com maior grau de compromisso. São eles a UBS e os enfermeiros, conforme as falas a seguir:

O posto [UBS] é bem importante, para pobre que não tem dinheiro para pagar um convênio, corre no posto, qualquer coisinha corre no posto. (CC2)

Tem só o postinho [UBS] aqui [...] tem a puericultura que eu levo também (C13)

O posto [UBS] é mais próximo [círculo interno], que é o primeiro lugar que a gente procura em relação à saúde (AA2)

Pode colocar bem pertinho [círculo interno] (CC2)

Ah próximo. [círculo interno] (CC3)

É só a Paola [enfermeira] mesmo. Ali é só a Paola para atender a gente, é só ir chegando e conversando com ela, por mais que ela esteja apurada, ela da atenção pra gente e vê o que a gente precisa. O que ela pode fazer ela faz, o que ela não pode, ela já... Sempre que eu vou ali, ela me atende muito bem. (BB5)

Eu colocaria a Paola [enfermeira] em primeiro lugar, e a Camila [enfermeira] também (BB3)

Em especial, o reconhecimento dos profissionais enfermeiros pelo nome e a indicação de sua disponibilidade no atendimento explicita esta relação de proximidade, o que pode favorecer ações de promoção à saúde e desenvolvimento infantil, pois o enfermeiro também é responsável pelo papel de fortalecimento desta rede social de apoio às famílias, por meio da criação de espaços onde se concretizem sua participação e autonomia no cuidado às crianças, enfrentamento de doenças e hospitalizações (HAYAKAWA *et al.*, 2010), além do que podem facilitar ações de educação em saúde no intuito de modificar ambiente e vínculos em prol da melhoria na saúde e cuidado às crianças (GRIPPO; FRACOLLI, 2009).

Este grau de proximidade entre os elementos se caracteriza também pela escuta ativa e atenciosa, respeito e postura cuidativa em conversas com

os familiares, o que facilita a integralidade do cuidado às crianças e famílias e faz com que elas se sintam acolhidas e seguras no atendimento prestado (HAYAKAWA *et al.*, 2010). Atitudes como essas são consideradas fundamentais para um atendimento de cuidado efetivo e repercutem diretamente no sucesso de ações de saúde (SOUZA *et al.*, 2009).

Mesmo sendo reconhecidos mais como fonte de informações técnicas do que agentes de cuidado (SIMIONI; GEIB, 2008), a relação com maior grau de proximidade desenvolvida com os profissionais de saúde e a UBS abre espaço para troca de informações pertinentes à saúde da criança e veracidade nas informações e dúvidas que surgem da realidade na qual as famílias estão inseridas. Assim, uma escuta ativa e ausente de preconceitos pode contribuir de maneira efetiva em ações de promoção do desenvolvimento infantil, pois aproximam as famílias dos profissionais, arraigando o significado da cultura e da realidade familiar, tornando possível a introdução de valores mais democráticos, por meio de diálogos entre os elementos da rede social de apoio, em espaços de discussão sem censura (TAKASHIMA, 2000).

Pela atitude de diálogo, o profissional de saúde desfaz-se do saber técnico e torna-se conjuntamente responsável pelo processo saúde doença e crescimento e desenvolvimento da criança, possibilitando desenvolvimento profissional da família, das crianças e instituições e serviços de saúde (ERDMANN; SOUZA, 2009) em prol da promoção da saúde.

Um dos princípios norteadores da Agenda de Compromisso com a Saúde Integral da Criança preconiza o desenvolvimento de ações coletivas pela equipe de saúde, com ênfase nas ações de promoção da saúde, que devem estruturar ações educativas nas escolas, creches, pré-escolas e unidades de saúde, compreendendo as interferências que o ambiente e os hábitos de vida desenvolvem sobre o indivíduo e sua qualidade de vida (BRASIL, 2004). Assim, as ações educativas desenvolvidas pelos profissionais dentistas nas instituições educacionais contemplam as estratégias e ações em favor da saúde das crianças e famílias, contribuindo de maneira efetiva para a promoção do desenvolvimento infantil.

Já as ações de educação em saúde dos ACS reconhecida pelas famílias são oportunizadas pela possibilidade de abordagem da criança nos espaços de sua vida cotidiana, o que amplia a atuação dos profissionais na

prevenção de doenças, promoção da saúde e identificação das necessidades de vida. Por meio destas ações educativas em saúde, a equipe amplia o acesso às ações e serviços de informação em promoção social, proteção da cidadania, além de contribuir com informações específicas em saúde (BRASIL, 2004).

Destarte, tendo a rede social familiar e os profissionais da ESF como as principais fontes de informação para o cuidado das crianças, é necessário reconhecer a possibilidade de contrabalançar a relação entre assistência informal e formal, além de fortalecer o apoio social às mães (SIMIONI; GEIB, 2008) e famílias das crianças a fim de efetivar ações importantes de promoção do desenvolvimento infantil.

Os elementos representados pelas instituições educacionais, escola e creche, também compuseram as relações com maior grau de compromisso, representados no círculo interno da rede social de apoio às famílias.

*Acho que a creche é mais importante [que o projeto] (BB2)
Eu não uso, mas tem gente que usa. [creche] (AA8)
Lá no começo também! Tem que ser no começo [círculo interno]
[creche] (CC1)*

*A escola também (AA7)
Eu acho que mais próximo [círculo interno] Porque depois dos pais vem a escola. (AA8)
Eu acho que a escola ajuda muito. (AA3)*

Verifica-se que as políticas públicas no setor de educação, como creches, pré-escolas e escolas, são compreendidas pelas famílias com grande potencial de fortalecimento da instituição familiar, visando a ampliar as chances do desenvolvimento infantil e a aumentar seu potencial para a produção social (MAZZA, (2007).

Por meio deste grau de proximidade, a creche torna-se ainda mais importante, pois pode contribuir no desenvolvimento cognitivo das crianças por meio do estímulo ao desenvolvimento de habilidades específicas, aumento da capacidade de interação social entre pessoas de mesma faixa etária e promoção na formação de sujeitos autônomos, que, nesta fase da vida, tem impacto decisivo no futuro (UNICEF, 2006).

O grau de proximidade com a escola é evidenciada por estudos que indicam que, independente do nível socioeconômico ou escolaridade, os pais

têm demonstrado preocupação e envolvimento nas atividades escolares dos filhos, o que lhes permite identificar e realizar intervenções no processo de desenvolvimento e aprendizagem (POLONIA; DESSEN, 2005).

Deste modo, esta relação favorece a promoção do desenvolvimento infantil, pois a escola constitui um dos dois principais ambientes de desenvolvimento do ser humano na sociedade ocidental, o que fundamenta a implantação de políticas que assegurem essa aproximação entre o contexto familiar e escolar para o reconhecimento de suas peculiaridades e similaridades no processo de aprendizagem e desenvolvimento do aluno e das pessoas envolvidas, além da criação de espaços para a participação de pais e articulações com a comunidade (DESSEN; POLONIA, 2007).

Os vínculos das famílias com ambientes sociais mais amplos refletem as maneiras de cuidar das crianças e até o tipo de desenvolvimento que promovem (SILVA *et al.*; 2008). Destarte, a indicação de relações com maior grau de compromisso com elementos da família, amigos, comunidade e até instituições, possibilita às famílias, amplas conexões e maior chance de suportes efetivos durante dos diversos ciclos de vida.

As ligações consideradas com menor grau de compromisso estão indicadas pelos elementos inclusos no círculo intermediário da rede social de apoio às famílias. Entre eles estão: avós e avôs paternos, tios e tias maternos e paternos, primos e primas, tias-avós, vizinhos, vizinhas, comércio – Farmácia – UBS, ACS, Médicos, Unidade de Pronto Atendimento, Bolsa Família e Pastoral da Criança.

Os elementos da Rede Social Familiar indicados aqui representam a família extensa e parentes paternos, como exemplificado nas falas a seguir:

Minha tia seria no meio [círculo intermediário] (BB1)
Aqui mais em cima. [sogra – círculo intermediário] (BB3)
Mas tem algumas sogras que são legais. A minha mãe é uma sogra legal (BB1)
Coloca, por mim tudo bem [sogra] [círculo intermediário] (BB4)
Coloquei minha cunhada também [círculo intermediário] (BB2)

Segundo Sarti (2007), as relações com familiares ou parentes de sangue, acontecem se houver reciprocidade e ajuda mútua, onde se pode dar, receber e retribuir. Assim, a conexão indicada com menor grau de

compromisso pode indicar inefetividade nesta reciprocidade e apoio, menor grau de afinidade entre os elementos ou mesmo porque os vínculos mais fortes são desenvolvidos com familiares da rede social materna.

Todavia, a presença destes elementos pode indicar possibilidades de suporte às famílias nos momentos em que a rede social materna não supre suas necessidades e também representar relações que podem se estreitar conforme a precisão.

Assim, quando os profissionais de saúde identificaram essa conformação e as relações na rede social de apoio das famílias, eles podem incentivar a participação destes elementos em consultas e grupos de discussão sobre o desenvolvimento infantil e a divisão do cuidado (SOLYMOS; MARICONDI; SOARES, 2009) a fim de melhorar o vínculo entre ambos e diversificar oportunidades de desenvolvimento e participação social da criança.

Os amigos e compadrios também são reconhecidos por meio de relações com menor grau de compromisso, como explicitado a seguir:

[apoio] das amigades eu tenho a minha amiga que dá conselhos [...] à mãe quanto aos cuidados com as crianças] (BB3)
[incluir no círculo intermediário] [...] é que depois da minha sogra, vem ela [amiga] (BB2)

Tem a comadre, ela ajuda, mora perto [no cuidado as crianças] (CC6)
[...] quando não é ela, é o padrinho deles [que ajuda no cuidado]. (BB5)
[Incluir] em cima [círculo intermediário] (CC6)

Os elementos amigos apresentam-se com uma dualidade de relações, sendo compreendidos por algumas famílias por vínculos com maior grau de compromisso (como discutido acima) e para outras, com menor. Essa relação com menor grau de compromisso também é verificada em outro estudo que indica serem esses elementos importantes, mas não tanto quanto os elementos da rede social familiar, acarretando sua inclusão no círculo intermediário (BRITO; KOLLER, 1999). Diante desta duplicidade de relações, explicitam-se as diferentes necessidades e ligações que cada família estabelece com este elemento, de acordo com a composição de sua rede social, presença de apoios efetivos advindos da família e relações sociais e comunitárias.

O vínculo com os compadrios reforça o vínculo de amizade e se amplia por meio deste parentesco espiritual (SARTI, 2007), portanto, a inclusão deste elemento no círculo intermediário expõe a flexibilidade existente entre sua relação com as famílias, que pode estreitar-se ou alargar-se em diferentes momentos, de acordo com suas necessidades.

Outro elemento que representa esta dualidade de conexões são os vizinhos, impressos também no círculo intermediário da rede social de apoio às famílias.

*Para mim já é mais distante [círculo intermediário] [vizinhos] (AA4)
Podem ajudar bastante como pode ajudar pouco, na minha opinião é mais ou menos [círculo intermediário] [vizinhos] (AA8)
No meu caso também é mais ou menos [círculo intermediário] [vizinhos] (AA2)*

Mesmo por meio de relações com menor grau de compromisso, esses elementos podem auxiliar as famílias no cuidado às crianças e promoção do desenvolvimento infantil, pois mantêm pequenas distâncias geográficas, o que facilita a solicitação de ajuda em momentos adversos. Também podem contribuir por meio da socialização das crianças com seus filhos ou mesmo da família, ou ainda pelo fortalecimento de vínculos comunitários.

Considerando os programas governamentais, verifica-se que o programa Bolsa família foi incluso também no círculo intermediário indicado por algumas famílias por meio de relações com menor grau de compromisso.

*[apoio financeiro] Ah tem só tipo, quem me ajuda é o Bolsa família [...] (C18)
Acho que é mais ou menos [importante no apoio as famílias] [círculo intermediário] [bolsa família] (BB5)
[...] acho que é mais ou menos [círculo intermediário]. [bolsa família] (AA5)*

Essa dualidade em relação ao grau de proximidade das famílias com este benefício social está elucidado pela maneira com que os direitos sociais foram instituídos em contextos autoritários e com baixa participação política, o que impossibilitou seu reconhecimento como conquista de democracia

comprometendo sua contribuição para o desenvolvimento da cidadania ativa (CARVALHO²⁶, 2001 *apud* MAGALHÃES, 2002).

Outro elemento que compõe o círculo intermediário é o comércio, farmácia, que estabelece uma proximidade mediana com as famílias.

Em segundo [círculo intermediário]. Porque você vai no posto e daí vai na farmácia pegar remédio. (AA2)

A inclusão deste elemento no círculo intermediário, segundo a fala acima, deu-se devido ao contato posterior ao atendimento na unidade de saúde, o que vincula seu apoio no acesso a materiais e serviços necessários ao atendimento de saúde/doença da criança e família. Todavia, outras famílias referiram relação com este elemento, não somente para aquisição de produtos, mas também para “consultas” e solicitação de medicamentos sem orientação médica, referida em outro estudo, também pela espera por uma consulta médica (SILVA; SCHOLZE; FAGUNDES²⁷, 2004 *apud* SCHOLZE, 2005).

Assim, este tipo de relação deve ser analisado com cuidado pelos profissionais de saúde, reconhecendo junto às famílias o papel que este elemento desempenha em sua rede social de apoio, orientando-as quanto à função do serviço e como ele pode ser utilizado para auxiliá-las no cuidado das crianças, evitando problemas de saúde/doença.

Em se tratando dos serviços de saúde inclusos no círculo intermediário da rede, verificam-se a presença novamente da UBS e a presença de novos elementos, entre eles as Unidades de Pronto atendimento e os profissionais médicos e ACS, como indicados nas falas a seguir:

O posto de saúde [...] uns precisam mais, outros precisam menos[...] (AA4)

Por mim pode colocar no meio [círculo intermediário], nem ruim nem bom, regular mesmo [unidade de saúde] (CC5)

É mais ou menos porque não tem médico [...] aí a gente tem que ir lá no 24 h [pronto atendimento] (BB3)

²⁶ CARVALHO, J.M. **A cidadania no Brasil**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

²⁷ SILVA, Y.F.; SCHOLZE, A.S.; FAGUNDES, A.M.A. Riscos potenciais à saúde em itinerários de Cura e Cuidados observados por agendes de saúde que visitam famílias com pessoas sob cuidados domiciliares. 2004. 62p. Relatório final (programa integrado de pós-graduação e graduação). Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2004.

Eu acho que no meio [círculo intermediário], porque quando o posto está fechado a gente leva no 24 horas. [24 horas] (CC2)

Mas pediatra é só para quem pode pagar, porque é particular, porque no posto de saúde não tem pediatra, é só clínico geral, por isso eu não acho que é tão próximo para todos [círculo intermediário] (AA6)

Clinico geral, pois a gente vai no postinho e é clínico geral (AA2)

Ah, acho que ajuda em alguma parte, mas para mim não sei onde que ajuda [ACS] (BB3)

É importante porque é uma coisa necessária ter os agentes de saúde. Porque às vezes tem algum exame que eu não sei, elas levam lá, entregam. (AA5)

No meio [círculo intermediário] [ACS] (AA1)

Eu também colocaria aí. [ACS] [círculo intermediário] (BB3)

Os vínculos diversificados com a UBS, expressos pelas famílias, explicitam as diferentes necessidades em relação ao serviço de saúde, em que “*umas precisam mais e outras precisam menos*” (AA1), e que também podem indicar as dificuldades de acesso e qualidade no atendimento prestado. Em contraposição à UBS, a Unidade de Pronto Atendimento é referida pelas famílias por meio de vínculos com menor grau de compromisso.

A relação com menor grau de compromisso estabelecida com o profissional médico pode ocorrer pela alta rotatividade de profissionais nas unidades referidas e pela falta de profissionais especialistas no atendimento às crianças, considerada pelas famílias uma necessidade. Assim, a criação de vínculos de confiança entre profissionais e usuários fica dificultada, reduzindo as chances de ações conjuntas de cuidado à saúde e promoção do desenvolvimento infantil.

Os ACS são considerados observadores privilegiados dos itinerários terapêuticos das famílias de determinado território, pois estabelecem a ponte entre os profissionais da UBS e a população atendida, por meio de ações amparadoras às famílias (BONET; TAVARES, 2006). Assim, sua participação em ações de promoção a saúde e promoção do desenvolvimento infantil é considerada com grande potencial nas ações da equipe de ESF, pois podem desencadear processos de envolvimento de lideranças comunitárias na discussão de problemas de saúde da comunidade (CHIESA; VERÍSSIMO; FRACOLLI, 2009).

Porquanto, torna-se necessário estreitar e fortalecer a ligação deste elemento com as famílias a fim de que se consiga estabelecer confiança no

atendimento prestado, acesso a informações e necessidades emergentes das famílias e crianças a fim de promover interações delas com a UBS no desenvolvimento de ações conjuntas no cuidado às crianças e promoção do desenvolvimento infantil.

Um último elemento indicado por meio das relações com menor grau de compromisso foi a Pastoral da Criança, justificada pelo desconhecimento de algumas famílias quanto à disponibilidade do serviço na comunidade:

Aqui no bairro também tem a Pastoral da Criança. Eu usava [...] não uso mais. Mas ajudava bastante [...] tem as mulheres que vão na casa e daí marca o dia da pastoral [...] só que é com criança de zero a seis anos, a partir dos seis anos ...saí. (BB3)
Eu nem sabia que tinha. [pastoral da criança] (BB1)
[incluir a Pastoral] em segundo lugar, ali [círculo intermediário] [pastoral da criança] (BB3)

A Pastoral da Criança também foi indicada dentro das políticas que devem ser implantadas e implementadas pelos municípios, visando a promover os direitos da criança por meio de acesso à saúde, educação e assistência social. Visa a promover estes direitos por meio da divulgação e construção junto às famílias de saberes pertinentes ao fortalecimento das competências familiares no cuidado as crianças (BRASIL,2006a).

Como a Pastoral da criança é um programa que incorpora a dimensão das relações sociais e comunitárias, considerado capaz de aumentar a habilidade das famílias para fazer o desejado e ampliar sua autonomia sobre os modos de andar a vida (MAZZA, 2007), essa conexão pode ser melhorada por meio de divulgações efetivas quanto ao serviço prestado à comunidade, locais, horários e ações, assim como facilitar o acesso das famílias ao atendimento ofertado, pois estas ações contribuem de maneira significativa para o aumento do conhecimento das mães sobre os cuidados necessários com as crianças (ANDRADE; MELLO, 2006) e, conseqüentemente, aumento da qualidade de vida.

Ponderando todas as relações e graus de proximidade apresentadas neste trabalho verifica-se que prevalecem as relações com maior e menor grau de compromisso, representadas nos círculos interno e intermediário, respectivamente. Essa conformação de rede possibilita às famílias conexões e interconexões importantes para a promoção do desenvolvimento infantil de

seus integrantes, pois as relações com maior grau de compromisso preveem reciprocidade a ajuda mútua nas necessidades emergentes, em contrapartida às de menor grau, que presumem contato pessoal, porém sem intimidade. Assim, estas ações podem fortalecer-se ou enfraquecer-se, alterando o tipo de relação sem prejudicar de forma significativa os apoios recebidos dos diferentes elementos.

Considerando o círculo externo da rede social de apoio às famílias, verifica-se que o único elemento reconhecido por elas neste grau de proximidade foi o recurso tecnológico Programas de televisão e DVD, conforme falas a seguir:

Nem todos [os programas], por exemplo, eu não vou colocar minha filha assistir todos os programas, mas tem aqueles que são educativos, que a gente deixa eles assistirem, compra um DVD lá pra eles (AA3)

Eu acho que é por último [círculo externo] [programa de televisão] (AA2)

Eu também. [círculo externo] [programa de televisão] (AA4)

Este tipo de ligação estabelecido com este recurso tecnológico se caracteriza pela diversidade de opiniões entre as famílias quanto à sua efetividade na promoção do desenvolvimento infantil, evidenciada também em outro estudo que indica sua efetividade somente se houver controle da qualidade do conteúdo apresentado (MAZZA, 2007).

A inclusão de elementos das diferentes relações com elementos familiares, amigos, profissionais de saúde e sociais, e creche e escola no círculo interno da rede social de apoio às famílias, pode indicar a presença de novos vínculos de confiança entre família e profissionais e/ou serviços, possibilitando outras conexões com elementos não só da rede social familiar, capazes de efetivar suportes necessários e diferenciados no cuidado as crianças.

Os graus de proximidade reconhecidos pelas famílias, que buscam primeiro elementos da convivência diária, seguidos dos demais contados de acordo com suas necessidades (HAYAKAWA, *et al.*, 2010, p. 445), permitem a elas permutas, conexões e interconexões entre os elementos, de acordo com as inópias existentes.

Assim, recomenda-se que os profissionais de saúde incentivem a continuidade da ligação natural que existe entre a maioria das famílias e sua rede de apoio (JOHNSON, *et al.*, 2008), buscando ligações importantes para o desenvolvimento de ações de promoção à saúde e desenvolvimento infantil adequado.

Nas sessões de grupo focal, o pesquisador não indicou os elementos que foram referidos por elas nas entrevistas, deixando-as à vontade para incluir aqueles que emergissem da discussão. Este fato acarretou a identificação do grau de proximidade com alguns elementos da rede social de apoio, sendo que as relações com os comércios, área de lazer, empregada doméstica, projeto Pró-criando, farmácia municipal, hospital, plano de saúde, dentista, auxiliar de enfermagem, residentes de nutrição e enfermagem, banco de leite, escola da mãe e trabalho, não foram mencionadas.

A distribuição dos elementos conforme o grau de compromisso expressa uma concentração nos círculos interno e intermediário. Portanto, faz-se necessário conhecer como as famílias se organizam e interajam entre si e com o ambiente, as situações de risco, os problemas de saúde, os padrões de vulnerabilidade, o contexto cultura, social e econômico no qual está inserida, além de sua rede social de apoio, considerada de fundamental importância para a realização do planejamento das intervenções de saúde (VIERA *et al.*, 2010).

Para analisar a distribuição de elementos da rede social, foram utilizados o total de elementos e sua distribuição conforme os quatro tipos de relações, Família, Amizade, Relações Comunitárias e de Credo, ou Relações de Trabalho e Estudo, e os graus de compromisso, indicados nos círculo interno, intermediário e externo (SLUZKI, 1997). Assim, verifica-se que a rede social de apoio às famílias pode ser considerada uma rede ampla, pois tem seus elementos distribuídos nos quatro tipos de relações e em pelo menos um círculo de cada relação.

Este tipo de distribuição indica características de uma rede flexível e efetiva, pois gera mais opções de conexões, interconexões e permutas, por meio das quais se podem estabelecer diversos vínculos, com diferentes elementos, em períodos e espaço múltiplos, conforme as necessidades das famílias.

Indica também que as exclusões ou perda de alguns componentes podem ser pouco significativas em relação ao apoio recebido, uma vez que a família pode deslocar outros para a mesma função, voltando a receber o apoio que era fornecido pelo componente excluído e/ou perdido (SLUZKI, 1997).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema rede social tem sido foco de estudo há muito tempo, porém mostra-se relevante na atualidade devido à globalização, às mudanças sociais e econômicas e à forte influência que ela desempenha sobre os indivíduos. Este conceito auxiliou na compreensão de quais elementos compõem a rede social de apoio às famílias com criança na faixa etária de zero a cinco anos, e suas contribuições para a promoção do desenvolvimento infantil.

Esta pesquisa diferencia-se de outras encontradas na literatura, pois tem como foco a promoção da saúde da criança, considerada num dos períodos mais importantes do desenvolvimento humano. Indica os elementos componentes desta rede tendo em vista que as ações desenvolvidas nesse período auxiliam não só na manutenção da vida, mas na formação do indivíduo, além de influenciarem diretamente no futuro e nas condições de vida e saúde destes indivíduos.

Este conceito pode ser empregado não somente como construto intelectual, mas também como ferramenta para a prática profissional, por meio da incorporação do paradigma de rede na observação e conceituação da realidade profissional, enriquecendo a visão multidimensional do enfermeiro e seu potencial de ação.

Os resultados deste estudo mostram que a rede social de apoio às famílias é numerosa, ampla e heterogênea, tendo a presença significativa da rede social familiar e da terceira geração como elementos de apoio na promoção do desenvolvimento infantil. Porém indica outras características significativas na função de apoio, a presença do gênero masculino, o reconhecimento de instituições e profissionais da saúde, além dos serviços dos setores educação e social. Apresenta a migração como influente na composição do apoio das redes de famílias migrantes. Revela também que o apoio recebido pelas famílias para o cuidado às crianças na primeira infância é diferenciado de acordo com os arranjos familiares e os tipos de relações que estabelecem com os elementos da rede.

A incorporação da dimensão da rede social na prática profissional de enfermagem no cuidado à criança expande a capacidade de atuação dos

profissionais por permitir observar processos e dinâmicas relacionais que antes não eram reconhecidos, como a preferência pelo apoio de elementos da rede social familiar materna, os apoios ofertados por elementos do gênero masculino, os diversos elementos com os mais variados potenciais de apoio às famílias, entre outros.

Com base na dimensão de rede, os profissionais também podem desenvolver novas hipóteses acerca das variáveis que influenciam a criança e sua família no processo saúde-doença, como a migração, a presença de diferentes arranjos familiares e o tipo de relação que a família desenvolve com cada um dos elementos desta rede.

Esta dimensão também orienta os profissionais na elaboração de novas intervenções em saúde; insere a criança e sua família em seu meio social, ao mesmo tempo que se torna elemento ativo na rede. E mesmo que as intervenções propostas não sejam centradas num trabalho em rede, considera suas variáveis, indissociáveis do indivíduo.

Ao propor ações de promoção à saúde da criança, o profissional de saúde deve considerar, além da criança, o contexto familiar no qual ela está inserida, sua rede social de apoio e o potencial de cada elemento no apoio à promoção da saúde e desenvolvimento infantil; é preciso reconhecer as potencialidades da dinâmica relacional, como o potencial positivo da terceira geração para o cuidado da criança; lembrar que o tipo de arranjo familiar e o tamanho da rede social influenciam no tipo, na quantidade e na qualidade das intervenções existentes na rede social; é preciso também lembrar que existem outros setores como educação e social que podem e devem ser articulados para o fortalecimento das famílias para a promoção do desenvolvimento infantil; conceber a existência de outros setores como educação e social presentes na rede social de apoio às famílias a fim de articular com eles ações conjuntas e efetivas de apoio às famílias.

É necessário que, além de distinguir a rede social de apoio às famílias, o profissional de enfermagem estimule as famílias à reconhecerem os elementos que compõe sua rede social de apoio e que tem potencial de ajuda em relação as suas necessidades de saúde, pois a medida que as famílias percebem essa rede, podem descobrir elementos com grande potencial de auxílio e que não estavam conectados.

O trabalho dos profissionais de saúde em conjunto com as famílias na identificação da rede social de apoio oportunizam às famílias conhecer a rede social de apoio, e auxiliam na adoção de atitudes proativas, conquista da autonomia em suas escolhas, formação de novos vínculos, fortalecimento de outros na busca de apoio para o cuidado de seus membros e a saúde como um todo.

O referencial teórico utilizado neste trabalho e o MMR são considerados de acessível aplicabilidade a diferentes pessoas e grupos, níveis culturais, de instrução entre outros, surge como um instrumento potencial de aplicabilidade aos profissionais da ESF, não somente na busca da rede social para a promoção do desenvolvimento infantil, mas também para as demais necessidades do processo saúde-doença.

Assim, mediante este reconhecimento, com todas suas especificidades, características e particularidades, os profissionais de saúde em enfermagem devem ser incentivados, quando olharem as crianças, a identificar sua família, organização e rede social de apoio, buscando compreender suas condições de vida e saúde, fatores limitantes e de risco, mas principalmente identificar elementos potenciais para a promoção da saúde e desenvolvimento infantil saudável.

As principais dificuldades encontradas no desenvolvimento deste estudo foram o grande quantitativo de participantes e a heterogeneidade de características entre eles, que influenciaram na dimensão da rede de apoio.

Neste estudo foi identificado uma baixa densidade, o que reduz a probabilidade de ações para o fornecimento de apoio às famílias (SLUZKI, 1997). Contudo, verifica-se necessidade do desenvolvimento de outros estudos que tenham esta característica estrutural como foco a fim de evidenciar com mais propriedade a existência ou não destas inter-relações e detectar a presença de subsistemas ou conjuntos na rede e suas relações com as famílias.

Em outros estudos, considera-se relevante incluir todos os membros da família como sujeitos da pesquisa a fim de reconhecer também outros elementos vinculados a ela por meio das relações pessoais de pais, irmãos, avós, entre outros. Outros ainda podem ter como objetivo compreender a trama macro-sócio-econômico-cultural e sua influência na rede micro e na

família direcionada ao cuidado à criança, vislumbrando a compreensão de toda a dimensão da rede como um todo e os fatores que influenciam esse processo; e também estudos

REFERÊNCIAS

ALTHOFF, C. R. Delineando uma abordagem teórica sobre o processo de conviver em família. In: ELSÉN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. S. da. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2. ed. revisada e ampliada, Maringá: Eduem, 2004.

ALVARENGA, M. R. M.; OLIVEIRA, M. A. C.; DOMINGUES, M. A.; AMENDOLA, F.; FACCENDA, O. Rede de suporte social do Idoso atendido por equipes de saúde da família. In: IX CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 2008. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3870>. Acesso em: 08/09/09.

ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.4, p.925-934, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232002000400023&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 21/08/2009.

APOIO. In: ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS. **Dicionário escolar de língua portuguesa**. 2. ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2008. p. 150.

ANDRADE, R. D.; MELLO, D. F. de. Organizações sociais e instituições governamentais: perspectivas de parceria na atenção à saúde da criança através dos voluntários e da pastoral da criança. **Revista escola Enfermagem USP**, v. 40, n. 1, p. 93-97, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a12v40n1.pdf>>. Acessado em: 24/08/2010.

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

BARNES, J. A. Redes sociais e processo político. In: FELDMAN, B. B. **Antropologia das Sociedades Contemporâneas – métodos**. São Paulo: Global, 1987.

BECHER, M. J. A ruptura dos vínculos: quando a tragédia acontece. In: KALOUSTIAN, S. M. (Org.). **Família brasileira, a base de tudo**. São Paulo: Cortez, 2000. p.77-92.

BIFFI, R. G.; MAMEDE, M. V. Suporte social na reabilitação da mulher mastectomizada: o papel do parceiro sexual. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.38, n.3, p. 262-269, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n3/04.pdf>>. Acesso em: 16/10/2009.

BONET, O.; TAVARES, F, R, G.; Redes em rede: dimensões intersticiais no sistema de cuidado à saúde. In: PINHERIO, R.; MATTOS, R. A, de. (Org.). **Gestão em redes**. Práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 385-399.

BOTH, E. **Família e rede social**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1976.

BOWLING, A. Measuring health: a review of quality life measurement scales. 2 ed. London: Open University Press, Buckingham, 1997 v. 2, n.1, October 1999. Disponível em: <http://www.dwp.gov.uk/docs/no1-oct-99-book-review-2.pdf> acessado em 01/12/09. Acesso em 15/05/2009.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 10/06/2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Res. CNS n.o 196/96: Normas para pesquisa envolvendo Seres Humanos**. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_0559_MP.pdf>. Acesso em: 18/08/09.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Agenda de compromisso para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria interministerial n. 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET – Saúde. **Diário oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, de 14 jan. 2008. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html>. Acesso em 15/07/2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Informações de saúde. Informações Gerais município de Colombo, PR.**, Brasília, DF, 2009. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/pr.htm>>. Acesso em: 10/09/2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Informações de Saúde. Informações Gerais município de Colombo, Paraná**, 2010a. Disponível em http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/PR/PR_Colombo_Geral.xls
Acesso em: 25/10/2009.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **CRAS Institucional**. Brasil: Brasília. 2010b. **O que é o CRAS – Centro de referência de Assistência Social**. Resumo. Disponível em:
<<http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/assistencia-social/psb-protecao-especial-basica/cras-centro-de-referencias-de-assistencia-social/cras-institucional/?searchterm=CRAS>>. Acesso em 10/06/2010.

BRASIL. Secretaria do Estado do Trabalho, Emprego e Promoção Social. Leite das crianças. 2010c Disponível em:< <http://www.leite.pr.gov.br/>>. Acesso em 31/10/2010

BRAZELTON, T. B.; GREESPAN, S. I. **As necessidades essenciais das crianças**: o que toda criança precisa para crescer, aprender e se desenvolver. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BRITO, R. C.; KOLLER, S. H. Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. In: CARVALHO, A. M. (Org.). **O mundo social da criança: natureza e cultura em ação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

BUSTAMANTE, V.; TRAD, L. A. B. Participação paterna no cuidado de crianças pequenas: um estudo etnográfico com famílias de camadas populares. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p.1865-1874, nov./dez. 2005.

CAPRA, F. **A teia da vida**: uma nova compreensão científica dos seres vivos. São Paulo: Cultrix, 1996.

CARVALHO, M. C. B. A priorização da família na agenda da política social. In: KALOUSTIAN, S. M. **Família brasileira, a base de tudo**. Brasília: Ed. São Paulo, 2000. p. 184.

CARVALHO, M. C. B. de. **A família contemporânea em Debate**. São Paulo: EDUC/Cortez, 2003.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. D. L. O. R. A ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde da criança. In: CHIESA, A. M.; FRACOLLI, E. A.; ZABOLI, E. (org). **Promoção da saúde da criança: a experiência do projeto Nossas Crianças: janelas de oportunidades.** São Paulo: MS Prado, 2009. p. 75-94.

CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. D. L. O. R.; FRACOLLI, L. A. O projeto nossas crianças: janelas de oportunidades: possibilidades e limites para a atenção à criança. In: CHIESA, A. M.; ZABOLI, E.; FRACOLLI, E. A. (Org.). **Promoção da saúde da criança: a experiência do projeto Nossas Crianças: janelas de oportunidades.** São Paulo: MS Prado, 2009. p. 13-28.

CHOR, D.; GRIEP, R. H.; LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n. 4, p. 887-896, jul/ago 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n4/5294.pdf>.> Acesso em: 07/08/2009.

COLOMBO. Secretaria Municipal de Colombo. Conselho Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde 2010-2013.** maio 2010. Arquivo da Secretaria Municipal de Saúde.

CONSTANDRIOPOLUS, A.P. Podem-se construir modelos baseados na relação entre contexto social e saúde? **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 14(1): 199-204, jan./mar. 1998.

DABAS, E. NAJMANOVICH, D.; Una, dos, muchas redes: itinerários y afluentes del pensamiento y abordaje em redes, v., n. 2001. Disponível em: <www.fundared.org.ar.> Acesso em: 04/04/05

DEL PRETTE, A., & DEL PRETTE, Z.A.P. **Psicologia das relações interpessoais: vivência para o trabalho em grupo.** Petrópolis: Vozes, 2001.

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

DESSEN M.A.; BRAZ, M.P. As relações maritais e sua influência nas relações parentais: implicações para o desenvolvimento da criança. IN: DESSEN, M.A.; JUNIOR, A.L.C. **A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras.** Porto Alegre: Artmed, 2005.

DESSEN, M. A.; POLONIA, A. C. A família e a escola como contextos de desenvolvimento humano. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 6, p. 21-32, 2007.

DI-PRIMIO, A. O.; SCHWARTZ, E.; BIELEMANN, V. L. M.; BURILLE, A.; ZILLMER, J. G. V.; FEIJÓ, A. M.; Rede social e vínculos apoiadores das famílias de crianças com câncer. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 334-342, abr./jun. 2010.

DIAS, J. et al. Promoção de saúde das famílias de docentes de enfermagem: apoio, rede social e papéis na família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 688-695, out./dez. 2007.

DURHAM, E. **A caminho da cidade**: a vida rural e a migração para São Paulo. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1978.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2. ed rev. e ampl. Maringá: Eduem, 2004.

ERDMANN, A. L.; SOUZA, F. G. M. de. Cuidado da criança na atenção básica de saúde: atitudes dos profissionais de saúde. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 33, n. 2, p.150-160, 2009.

FERRARI, M.; KALOUSTIAN, S.M. A importância da família. In: KALOUSTIAN, S.M. (Org.). **Família brasileira, a base de tudo**. São Paulo: Cortez, 2000. p.77-92.

FIGUEIREDO, G. L. A.; MELLO, D. F. de. Atenção à saúde da criança no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. Ribeirão Preto. Revista Latino-Americana de Enfermagem. V.15, n.6, nov./dez. 2007. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000600018&script=sci_arttext&tlnq=pt>. Acesso em 04/08/2010.

FONSECA, C. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.14, n.2, p.50-59, mai/ago, 2005.

FROTA, A. M. M. C. Diferentes concepções da infância e da adolescência: a importância da historicidade para sua construção. **Estudo e pesquisas em Psicologia UERJ**, Rio de Janeiro, ano 7, n.1, 1.º semestre de 2007. Disponível

em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v7n1/v7n1a13.pdf>> Acesso em 15/07/2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. 10. reimp. São Paulo: Atlas, 2007.

GRIEP, R. H.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; LOPES, C.; Confiabilidade teste-reteste de aspectos da rede social no Estudo Pró-Saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 3, p.379-385, 2003a.

GRIEP, R. H.; **Confiabilidade teste-reteste de aspectos da rede social no Estudo Pró-Saúde**. 177 f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) – Setor de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003b.

GRIPPO, M. L. V. S.; FRACOLLI, L. A. As tecnologias leves para o cuidado da criança: em foco a cartilha toda hora é hora de cuidar. In: CHIESA, A. M.; FRACOLLI, E. A.; ZABOLI, E. (Org.). **Promoção da saúde da criança: a experiência do projeto Nossas Crianças: janelas de oportunidades**. São Paulo: MS Prado, 2009. p. 95-106.

GUEIROS, D. A. Família e trabalho social: intervenções no âmbito do Serviço Social. **Revista Katál**. Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 126-132, jan./jun. 2010.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. de S.; **Família, redes sociais e saúde: o imbricamento necessário**. 2008, Florianópolis. Fazendo gênero 8 – Corpo, Violência e Poder. 2008, Florianópolis. Disponível em: < http://www.fazendogenero8.ufsc.br/sts/ST34/Gutierrez-Minayo_34.pdf>. Acesso em 07/05/2009.

HAYAKAWA, L. Y.; MARCON, S. S.; HIGARASHI, I. H.; WAIDMAN, M. A. P. Rede social de apoio à família de criança internada em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 63, n. 3, p. 440-445, mai/jun. 2010.

HOMOGÊNEO. In: ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS. **Dicionário escolar de língua portuguesa**. 2. ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2008. p. 671.

HOTEROGÊNICO. In: ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS. **Dicionário escolar de língua portuguesa**. 2. ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2008. p. 664.

IBGE. Síntese de Indicadores sociais, 2006. Distrito Federal: Brasília, 2006.

Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=987>. Acesso em: 29/08/2009.

IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social.

Caderno estatístico. Município de Colombo. Colombo, PR, Agosto 2010.

Disponível em:

<<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/Montapdf.php?Municipio=83400&btOk=ok>>. Acesso em 02/09/2010.

JUSSANI, N. C.; SERAFIM, D.; MARCON, S. S. Rede social durante a expansão da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 184-189. mar/abr. 2007.

JOHNSON, B. et al. Patients and families to design a patient-and family-centered health care system. Recommendations and promising practices. 2008 maio. Disponível em

<http://www.ipfcc.org/pdf/PartneringwithPatientsandFamilies.pdf>. Acessado em 25/07/2009.

KREPPNER, K. Developing in a developing context: Rethinking the family's role for children development. In: WINEGAR, L.T.; VALSENIR, J. **Children's development within social context**. Hillsdale: Lawrence Elbaum Associates, 1992. Disponível em

http://books.google.com.br/books?id=Qvw9hvhPjboC&printsec=frontcover&dq=Children%E2%80%99s+development+within+social+context.&source=bl&ots=0SXsOMW-EK&sig=4i1_JizZT6PMK0bqrvDhLnBzrSM&hl=pt-BR&ei=P8kYTd3KHoKs8Abm2_3jDQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=2&ved=0CCQQ6AEwAQ#v=onepage&q&f=false . Acesso em 21/08/2010.

LACERDA, A. **Apoio social e a concepção do sujeito na sua integração entre corpo-mente: uma articulação de conceitos no campo da saúde pública**. Dissertação. (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de

endemias, ambiente e sociedade. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: < <http://teses.iciet.fiocruz.br/pdf/lacerdaam.pdf>>. Acessado em 05/07/2009.

LANDIM, F. L. P.; ARAUJO, A. F.; XIMENES, L. B.; VARELA, Z. M. de V. Comunidade mutirante: características familiares e suas redes de suporte social. **RBPS**, Fortaleza, v.17, n.4, p.177-186, 2004.

LANDIM, F. L. P.; COMARU, J. de L.; MESQUITA, R. B. de.; COLLARES, P. M. Redes sociais informais no cotidiano de uma comunidade da periferia de fortaleza. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 11, n. 1, p. 16-23, 2006.

BRASIL. Decreto-lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jul. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm>. Acesso em: 12/12/2009.

LEMIEUX, V.; OUIOMET, M. **Análise estrutural das redes sociais**. 2. ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2004.

LIMA, F. F. Projeto Pró-criando. **Prefeitura de Colombo**, Colombo, 16 de novembro de 2009. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/politica/4137308/criancas-do-projeto-pro-criando-sao-dimas-se-apresentam-no-auditorio-da-regional-do-maracana>> Acesso em: 11/11/2010.

MAGALHÃES, R. Enfrentando a pobreza, reconstruindo vínculos sociais: as lições da Ação de Cidadania contra a Fome a Miséria e pela vida. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18 (suppl), p. 121-137, 2002.

MANCE, E. A. **A revolução das redes**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1999.

MARANHÃO, D. G.; SARTI, C. A. Creche e família: uma parceria necessária. **Cadernos de pesquisa**, v. 38, n. 133, p. 171-194, jan./abr. 2008.
MARCON, S. S.; ZANI, A. V.; WAIDMAN, M. A. P.; RADOVANOVIC, C. A. T.; DECESARO, M. N.; CARREIRA, L. Rede social e família: o olhar sensível dos enfermeiros construtores da prática. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 8 (supl), p. 31-39, 2009. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9715/5528>>. Acesso em: 15/10/2010.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Atlas, 2005.

MARTELETO, R. M.; SILVA, A. B. de O. Redes e capital social: o enfoque da informação para o desenvolvimento local. **Ci. Inf.**, Brasília, v.33, n.3, p.41-49, set/dez, 2004.

MARTINS, P. H.; FONTES, B. **Redes sociais e saúde**: novas possibilidades teóricas. 2. ed. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2008.

MATSUTURA, T. S.; MARTURANO, E. M.; OISHI, J. O questionário de suporte social (SSQ): estudos da adaptação para o português. **Revista Latino - Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 10, n. 5, p. 675-681, 2002.

MAZZA, V. A. **Necessidades das famílias com relação ao desenvolvimento infantil à luz da promoção da saúde**. 126 f. Tese. (Doutorado em de Saúde Coletiva) - Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec-abrasco, 2004.

MINAYO, M.C. e S.; GOMES, S. F. D. R. (Org.). **Pesquisa social**. Teoria, método e criatividade. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

MOREIRA, M. C.; SARRIERA, J. C. Satisfação e composição da rede de apoio social a gestantes adolescentes. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 4, p.781-789, out/dez, 2008.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; PINSKY, I.; ZALESKI, M.; LARANJEIRA, R. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 37, n. 1, p.12-15, 2010.

OLIVEIRA, D. C. de. Análise de Conteúdo Temático-categoria: uma proposta de sistematização. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.16, n. 4, p.569-76, 2008.

OLIVEIRA, A.J.M.de. Os bispos e os leigos: reforma católica e irmandades no Rio de Janeiro Imperial. **Revista de História Regional**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.147-160, 2001. Disponível em:
<<http://www.laktech.com.br/exemplos/cds/rhr/export/50-770-1-PB.pdf>>.
Acessado em 29/11/2010.

OSÓRIO, L. C. **Casais e famílias**: uma visão contemporânea. Porto Alegre: Artmed, 2002.

PASTORAL DA CRIANÇA. **Quem somos**. Resumo disponível em: <http://www.pastoraldacrianca.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=66&Itemid=48> Acesso em 15/09/2010.

PEDRO, I. C. da S.; ROCHA, S. M. M.; NASCIMENTO, L. C. Apoio e rede social em enfermagem familiar: revendo conceitos. **Revista Latino – Americana de Enfermagem**, São Paulo v. 16, n. 2, mar/abr, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000200024&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 12/11/2009.

PEÑA, R. F. Redes sociales, apoyo social y salude. *Periferia*, n. 3, dez. 2005. Disponível em <http://antropologia.uab.es/Periferia/castellano/numero3/periferia_3_3.pdf> Acesso em: 04/11/09.

PEREIRA-SILVA, N. L.; DESSEN, M. A. Crianças com síndrome de down e suas interações familiares. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 16, n. 3, p. 503-514, 2003.

PIETRUKOWICS, M. C. L. C. **Apoio social e religião: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde**. 114 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Osvaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <<http://portaldesicict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/2001/pietrukmc/capa.pdf>>. Acesso em: 10/8/2009.

PINTO, J.P; RIBEIRO, C. A.; PETTENGILL, M. M.; BALIEIRO, M. M. F. G. Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 63, n. 1, p. 132-135, jan./fev. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a22.pdf>>. Acesso em: 30/096/2010.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POLONIA, A. C.; DESSEN, M. A. Em busca de uma compreensão das relações entre família e escola. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 9, n. 2, p. 303-312, 2005. Disponível em: < <http://scielo.bvs->

psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572005000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 12/11/09.

RABINOVICH, E. P.; MOREIRA, L. V. de C. Significados de família para crianças paulistas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 3, p. 447-455, jul./set. 2008.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. da S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p.27-34, jan./fev. 2003.

RIBEIRO, K. S. Q. S. **Redes sociais e educação popular: aproximação teórica e mudanças na prática de educação popular em saúde**. In: V Colóquio Internacional Paulo Freire. Recife, 19__ – 22/09/2005.

ROCHA, C. M. F. **As Redes em Saúde: entre limites e possibilidades**. In: Fórum Nacional de redes em saúde, Washington, DC, Agosto, 2005.

ROMANELLI, G. Autoridade e poder na família. In: CARVALHO, M. do C. B. de. **A família contemporânea em Debate**. São Paulo: EDUC/Cortez, 2003.

SARTI, C.A. **A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SCHOLZE, A, S. **Mapeamento das redes sociais e itinerário de cura e cuidado para a configuração de uma rede de apoio social**. Dissertação. (Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho) Universidade do Vale do Itajaí. Itajaí, 2005. Disponível em: <URL http://www6.univali.br/tede/tde_arquivos/4/TDE-2006-11-06T142311Z-126/Publico/Alessandro%20Scholze.pdf>. Acessado em 05/07/2009.

SERAPIONI, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 243-253, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232005000500025&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em 19/08/2009.

SILVA, N. C. B. da.; NUNES, C. C.; BETTI, M. C. M.; RIOS, K. de S. A. Variáveis da família e seu impacto sobre o desenvolvimento infantil. **Temas em Psicologia**, v. 16, n. 2, p. 215-229, 2008.

SILVA, A. L.; SHIMIZU, H. E. The importance of the Support Network for the stomized patient. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 3, p. 307-311, mai/jun, 2007.

SIMIONI, S.; GEIB, L. T. C. Percepção materna quanto ao apoio social recebido no cuidado às crianças prematuras do domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 5, p. 645-651, set./out. 2008.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SLUZKI, C, E. **Conceitos de Família, Amizade, Relações Comunitárias e Relações de Trabalho e Estudo**. (mensagem pessoal). Mensagem recebida por: ana.ufpr@yahoo.com.br, em: 09/5/2010.

SOLYMOS, G. M. B.; SOARES, M. L. P. V. Família e o Seu Contexto. In: CHIESA, A. M.; ZABOLI, E.; FRACOLLI, A.; (Org.). **Nossas crianças: Janelas de oportunidade**. São Paulo: MS Prado, 2002.

SOLYMOS; G. M. B.; MARICONDI, M. A.; SOARES, M. L. P. V. A criança e a família: as potencialidades da abordagem em rede para o contexto da promoção da saúde. In: CHIESA, A.M.; FRACOLLI, E.A.; ZABOLI, E. (Org.). **Promoção da saúde da criança: a experiência do projeto Nossas Crianças: janelas de oportunidades**. São Paulo: MS Prado, 2009. p. 43-60.

SOUZA, S. S. et al. Redes sociais de pessoas com problemas respiratórios crônicos em um município do sul do Brasil. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 2, p. 278-284, abr./jun. 2009.

SOUZA, M. H. do N.; SOUZA, I. E. de O.; TOCANTINS, F. R. A utilização do referencial metodológico de redes sociais na assistência de enfermagem a mulheres que amamentam. **Revista Latino – Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 3, mai./jun. 2009.

TAKASHIMA, G. M. K. O desafio da política de atendimento à família visa às leis: uma questão de postura. In: KALOUSTIAN, S. M. (Org.). **Família brasileira, a base de tudo**. São Paulo: Cortez, 2000. p.77-92.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**. A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF 2001). **Situação da Infância Brasileira**. Desenvolvimento infantil. Os primeiros seis anos de vida. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <<http://www.unicef.org.br>>. Acesso em 10/10/09.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF 2005). **O município e a criança de até 6 anos**. Direitos cumpridos, respeitados e protegidos. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <<http://www.unicef.org/brazil/pt/municipio.pdf>>. Acesso em 30/09/09.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF 2006). **Competências Municipais para a Saúde e o Desenvolvimento Infantil**. O papel dos atores sociais na promoção dos direitos da Criança. Fortaleza: Brasília, 2006a.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF 2006). **Situação da infância brasileira 2006**. A criança de até 6 anos. O direito a sobrevivência e ao desenvolvimento. Brasília, DF, 2006b.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF 2008). **Situação Mundial da Infância, 2008**. Sobrevivência infantil. B&C Revisão de textos. Brasília, DF, 2008a.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF 2008) **Situação Mundial da Infância, 2008**. Caderno Brasil. B&C Revisão de textos. Brasília, DF, 2008b.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF 2009) **Situação Mundial da Infância, 2009**. Saúde materna e neonatal. B&C Revisão de textos. Brasília, DF, 2009.

UNGLERT, C. V. de S.; RESENBURG, C. P.; JUNQUEIRA, C. B. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. **Ver. Saúde públ.** São Paulo, v. 21, n. 5. p.339-346, 1987. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101987000500009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 25/09/2010.

VASCONCELOS, P. Redes de apoio familiar e desigualdade social: estratégia de classe. **Análise social**, v. 37, n. 163, p. 507-544, 2002.

VIERA, C.S. *et al.* Rede e apoio social familiar no seguimento do recém-nascido pré-termo e baixo peso ao nascer. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 11-9, março 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a02.htm>>. Acesso em: 11/09/2010.

VITALE, M. A. F. Socialização e Família: uma análise intergeracional. In: CARVALHO, M. do C. B. de. **A família contemporânea em Debate**. São Paulo: EDUC/Cortez, 2003.

WATTS, D. J. **Small worlds**: the dynamics of networks between order and randomness. New Jersey: Princeton University, 1999. 264p.

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIAS, M. M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Bol Oficina Sanit Panan**, v. 120, n. 6, p. 472-482, 1999.

ZOBOLI, E.; SILVA, L. T. da.; ARAUJO, D. de.; SARTÓRIO, N. Contribuições da bioética para a nova atenção básica. In: CHIESA, A.M.; FRACOLLI, E.A.; ZABOLI, E. (Org.). **Promoção da saúde da criança**: a experiência do projeto Nossas Crianças: janelas de oportunidades. São Paulo: MS Prado, 2009. p. 161-178.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 –	Roteiro da entrevista semiestruturada.....	159
APÊNDICE 2 –	Termo de consentimento livre e esclarecido.....	161
APÊNDICE 3 –	Guia temático.....	163

APÊNDICE 1

ROTIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA REALIZADA COM REPRESENTANTES DE FAMÍLIAS COM CRIANÇAS DE ZERO A CINCO ANOS

Entrevista número: _____ Data: _____ Código de identificação: _____
Distrito Sanitário: _____ Unidade de saúde: _____

Identificação do respondente

Nome: _____ Sexo: _____ Idade _____
Endereço _____ Fone _____
Escolaridade _____ Relação com a criança _____

Dados da mãe ou responsável pela criança

() Mãe () responsável Idade: _____ anos Escolaridade: _____
Estado civil: () solteira; () casada; () separada; () em união; () outros _____
N.º filhos vivos e mortos da mãe: (_____) filhos vivos (_____) filhos mortos
Mãe trabalha fora? () sim () não Se trabalha fora, existe algum recurso no
trabalho que ajuda no cuidado a criança? _____
(creche, plano de saúde etc.)

Se **sim**, qual o vínculo empregatício?

() sem vínculo () com carteira assinada () temporário

Qual o rendimento mensal? _____

() sem renda; () até 0,5 sm; () >0,5 a 1 sm; () > 1 a 2 sm; () >2 a 5 sm; () >5 sm.

Quanto tempo passa fora de casa? _____

Se trabalhava antes, por que parou de trabalhar? _____

Pretende retornar? () sim () não _____

Chefe da família

Quem é o chefe da família? _____

Escolaridade do Chefe: () analfabeto () 1.ª a 4.ª série () 5.ª a 8.ª série ()
ensino médio () superior () pós-graduação _____

Qual a ocupação? _____ Qual a renda mensal? _____

() sem renda; () até 0,5 sm; () >0,5 a 1 sm; () > 1 a 2 sm; () >2 a 5 sm; () >5 sm.

Alguém mais na família tem trabalho remunerado? () sim () não
Quem? _____

Qual o trabalho? _____ Qual a renda mensal? _____

() sem renda; () até 0,5 sm; () >0,5 a 1 sm; () > 1 a 2 sm; () >2 a 5 sm; () >5 sm.

Indicadores de inserção social

Condição de ocupação do domicílio: () própria () alugada () cedida

() outros _____

Renda familiar _____ renda *per capita*: _____

() sem renda; () até 0,5 sm; () >0,5 a 1 sm; () > 1 a 2 sm; () >2 a 5 sm;

() >5 sm.

Indicadores de Qualidade do Domicílio

Tipos de construção ()alvenaria ()madeira ()mista ()outros

Quantos cômodos tem a casa ()1 ()2 ()3 ()4 ()5 ()6 ()7 ou mais

Quantos cômodos são usados para dormir? ()1 ()2 ()3 ()>4

De onde vem água usada na casa? ()rede pública, ()poço artesiano,
()outro()encanada interna ()encanada externa ()não tem água encanadaComo é a privada? ()sem sanitário ()coletivo ()interno ()externo /
()com rede esgoto ()sem rede esgoto

O que faz do lixo? ()coleta pública direta ()coleta pública indireta

()sem coleta, ()vala ()queima ()outros _____

Composição familiar

Quantas pessoas moram na sua casa? _____

Nome	Idade	Sexo	Relação de parentesco com o chefe da família

Cuidados com as crianças

1. Fale sobre as pessoas com quem você pode contar para criar seu filho?
2. Quando você precisa de ajuda em relação aos seus filhos com quem você conta? Quais os serviços ou locais/recursos da comunidade que você utiliza quando precisa de ajuda em relação ao seu filho? Tem algum serviço que não existe no seu bairro e você acha que precisa?
3. Fale sobre as pessoas com quem você pode contar para dividir os problemas referentes aos seus filhos?
4. Como você consegue esclarecer dúvidas ou receber informações sobre as necessidades da criança?
5. Você conta com alguma ajuda financeira para criar seus filhos? Se sim, fale sobre esta ajuda.
6. Você participa de alguma atividade no seu bairro? Qual?
7. Você gostaria de conversar mais alguma coisa em relação a este assunto?

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

- a) Você, responsável de uma família composta por criança menor de cinco anos, está sendo convidado a participar de um estudo intitulado “Rede social de apoio: problematizando o tema com as famílias” que faz parte de um outro trabalho chamado “A teia do cuidado para o desenvolvimento infantil”. É através das pesquisas que ocorrem os avanços importantes em todas as áreas, e sua participação é fundamental.
- b) O objetivo desta pesquisa é identificar as redes de apoio reconhecidas pelas famílias de crianças de zero a cinco anos para a promoção do desenvolvimento infantil, discutir com as famílias seu entendimento sobre o tema e desenhar com elas um mapa da rede de apoio.
- c) Caso você participe da pesquisa, será necessário responder a algumas perguntas sobre sua casa, família, renda, sobre as crianças que vivem em sua casa e as pessoas ou serviços que ajudam você a cuidar delas, que deve durar em média trinta minutos. Será preciso também que participe também de uma ou mais reuniões, com duração média de uma hora, para discussão do tema com outras famílias. A data e local da reunião serão marcados nos dias e horários em que vocês, a maioria das famílias, possam comparecer.
- d) Contudo os benefícios esperados são: de posse dos resultados, auxiliar as famílias por meio do serviço de saúde na promoção do desenvolvimento infantil.
- e) As pesquisadoras e enfermeiras Verônica de Azevedo Mazza e Ana Maria Cosvoski Alexandre poderão ser contatadas na rua Padre Camargo, 280, 8.º andar, telefone (41) 3360-7262 e 9918-609, de segunda a sexta das 8:00 às 17:00 horas para esclarecimentos referentes à pesquisa.
- f) Estão garantidas todas as informações que você queira, antes durante e depois do estudo.
- g) A sua participação neste estudo é voluntária e a não participação na pesquisa ou a devolução posterior do TCLE não implicará prejuízos futuros relativos a qualquer atendimento na unidade de saúde. Contudo, se você não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá solicitar de volta o termo de consentimento livre esclarecido assinado.
- h) As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pelos enfermeiros que executam a pesquisa e pelas autoridades legais. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida.
- i) A sua entrevista e a reunião de grupo serão gravadas, respeitando-se completamente o seu anonimato. Tão logo a pesquisa termine, as fitas serão desgravadas.
- j) Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa serão de responsabilidade do pesquisador.
- k) Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro.
- l) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Assinatura do participante

Data: __/__/__

Mestranda Ana Maria Cosvoski Alexandre

Data: __/__/__

APÊNDICE 3

GUIA TEMÁTICO

1. O que vocês entendem por rede?
2. O que é apoio?
3. Dê exemplos de rede social de apoio
4. Que tipo de apoio vocês recebem para cuidar de seus filhos?
5. Quais as pessoas ou serviços com que vocês podem contar para ajudar sua família no cuidado dos seus filhos?
6. O que vocês acham que falta para ajudar a sua família no cuidado dos seus filhos?
7. Existe alguma coisa que não foi exposta e sobre a qual você gostaria de conversar ou algo a sugerir?

ANEXO

ANEXO 1 –	Autorização da Secretaria Municipal de Saúde.....	165
ANEXO 2 –	Aprovação do comitê de ética.....	166

ANEXO 1

AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**PREFEITURA
DE COLOMBO**

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR

Prezada Profa. Dra. Liliana Maria Labronici
MD Coordenadora do CEP/SD

Declaramos que nós da Secretaria Municipal da Saúde de Colombo - PR, estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa "A teia do cuidado para o desenvolvimento infantil" sob a responsabilidade de Ana Maria Cosvoski Alexandre, nas nossas dependências das Unidades de Saúde Monte Castelo, Alexandre Naldony e São Domingos, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, até o seu final em dezembro de 2010.

Estamos cientes que os sujeitos de pesquisa serão representantes das diferentes categorias profissionais que compõem a ESF, ou seja, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitário da saúde, e representantes de famílias composta por crianças de zero a cinco anos, ambos maiores de 18 anos e que aceitem participar voluntariamente da pesquisa e que o presente trabalho deve seguir a resolução 196/96 do CNS e complementares.

Sendo o que se apresenta aproveitamos para enviar nossas cordiais saudações.

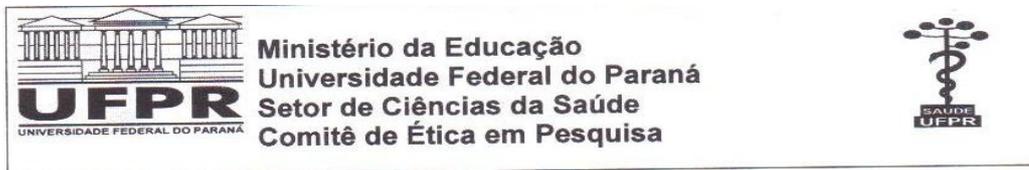
Atenciosamente,

Responsável pelo Serviço

Valquíria C. Plucheg
COREN 0101109
Coord. Unidades Básicas de Saúde

ANEXO 2

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



Curitiba, 23 de setembro de 2009.

Ilmo (a) Sr. (a)
Ana Maria Cosvoski Alexandre

Nesta

Prezado(a) Pesquisador(a),

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado **“A teia do cuidado para o desenvolvimento infantil”** está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, em reunião realizada no dia 26 de agosto de 2009 e apresentou pendência(s). Pendência(s) apresentada(s), documento(s) analisado(s) e projeto aprovado em 23 de setembro de 2009.

Registro **CEP/SD: 780.115.09.08** **CAAE: 3145.0.000.091-09**

Conforme a Resolução CNS 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Data para entrega do relatório final ou parcial: 23/03/2010.

Atenciosamente

Prof.ª Dr.ª Líliliana Maria Labronici
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde

Prof.ª, Dra. Líliliana Maria Labronici
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa - SD/UFPR