

A influência dos fatores familiares e escolares no processo saúde-doença da criança na primeira infância

Lorena Barbosa Ximenes*, Ana Karina Bezerra Pinheiro, Katiane Moisés de Lima e Helloise Barbosa Nery

*Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. *Autor para correspondência. Rua Gothardo Moraes, 101, apartamento 401, Dunas, 60190-801, Fortaleza, Ceará, Brasil. e-mail: lorenabarbosaximenes@bol.com.br*

RESUMO. Este estudo teve como objetivo identificar as situações de agravos à saúde das crianças, na primeira infância, no contexto familiar e escolar. Para a coleta de dados na escola, realizamos uma avaliação da criança quanto ao crescimento e aos agravos à saúde, e no contexto domiciliar, avaliamos 16 famílias quanto à estrutura familiar e ecomapa. Os principais problemas de saúde das crianças foram desnutrição e problemas de integridade da pele. A maioria das famílias era composta pelos casais e seus filhos. O número de cômodos era insuficiente para o número de pessoas que residiam no domicílio. Quanto à rede social de apoio, constatamos que as famílias procuraram as unidades de saúde e pessoas significativas para auxiliar nas situações de dificuldade. Sendo assim, verificamos a importância da Enfermagem apreender a realidade das famílias, como forma de se planejar práticas de educação em saúde, minimizando as situações de agravo à criança.

Palavras-chave: família, criança, processo saúde-doença.

ABSTRACT. Influence of family and school factors on child's health-illness process during infancy. This study aimed to identify situations potentially harmful to children's health during infancy in the familiar and school contexts. To gather the data in schools, an evaluation of the child's growth and health damages was performed; for the domestic context, 16 families were evaluated regarding familiar structure and genetic map. The main problems of the children's health were: malnutrition and skin integrity. Couples and their children composed most of the families. The number of rooms was insufficient for the number of people living in the home. Regarding the network of social aid, families searched public health units and particular people to aid in difficult situations. Thus, it became evident the importance of assessing the families' reality to nursing, as a means of planning education practices in health, minimizing situations harmful to the child.

Key words: family, child, health-illness process.

Introdução

Apesar de todas as mudanças que estão ocorrendo na unidade familiar no mundo contemporâneo, podemos ainda referir a família como o principal grupo social na formação do indivíduo, tendo como papel fundamental o atendimento às necessidades biopsíquico, socioespiritual e cultural de cada um de seus componentes. Entretanto, muitas vezes os seus diversos papéis não conseguem ser desempenhados eficazmente devido à presença de fatores externos e internos que interferem na dinâmica familiar, refletindo diretamente no processo de saúde e doença de seus membros, pois a família tem que dispor de condições necessárias para promover as soluções eficazes para as situações adversas em que possa se encontrar.

Reconhecendo o relevante papel da família na promoção da saúde, urge a necessidade de atender as fases de desenvolvimento de cada um de seus componentes. Vale salientar que as famílias compostas por crianças na primeira infância, que compreende o período entre o primeiro e o sexto ano de vida, devem promover o bem-estar físico, cognitivo, social e emocional das mesmas, pois este período é caracterizado por grandes descobertas, em que a criança adquire não só a capacidade de andar sozinha, como experienciar situações básicas para sua formação e ir para a escola (Whaley e Wong, 1999; Issler *et al.*, 1999).

É importante, ainda, ressaltar que devido ao ritmo, intensidade e vulnerabilidade desse processo, as crianças podem ser afetadas por qualquer alteração que ocorra em seu cotidiano, tornando-se mais susceptíveis a problemas de

saúde, que, conseqüentemente, irão afetar os desenvolvimentos físico e emocional.

Nos países em desenvolvimento, morrem, anualmente, 12,5 milhões de crianças vítimas de pobreza, de doenças imunopreveníveis e infecciosas, que poderiam ter sido evitadas mediante a adoção de estratégias de baixo custo (Fundo das Nações Unidas, 1997).

As condições de vida da criança brasileira vêm sendo objeto de preocupação dos sistemas político-assistenciais nos últimos anos. Contudo, apesar da adoção de estratégias e tecnologias simplificadas visando a promoção da saúde na infância, o índice de mortalidade infantil ainda é preocupante (Malveira e Souza, 1998).

O resultado importante dos esforços governamentais e não-governamentais é o aumento do contingente de crianças que vem sobrevivendo no Brasil, decorrente da queda da taxa de mortalidade infantil (de 70,9 óbitos por mil nascidos vivos em 1984 para 35,6 por 1000 em 1999), o que torna imperiosa a execução de políticas que visem melhorar a qualidade de vida dessas crianças (Brasil, 2002).

Na faixa etária de 1 a 6 anos, as crianças são mais vulneráveis às doenças diarreicas e respiratórias, bem como à desnutrição e acidentes, que, por sua vez, são consideradas as principais causas de mortalidade e/ou morbidade infantil.

No nordeste brasileiro, a prevalência de déficits de peso ainda é elevada, sendo uma das principais causas de morte, propiciando a instalação de diversas infecções, baixa estatura e atraso no desenvolvimento infantil (Kawamoto, 1995; Sigaud e Veríssimo, 1996; Frota e Forte, 1999).

Os acidentes domésticos também são considerados como uma das principais causas de morbi-mortalidade infantil. Na primeira infância, os acidentes domésticos são muito comuns, devido à criança se apresentar mais ativa e mais curiosa, e permanecer mais tempo em casa ou na escola (Souza, 1997).

Em estudos feitos por Souza e Barroso (1995), nos meses de julho a dezembro de 1993, do total de 210 crianças admitidas na unidade de internação pediátrica de um hospital de referência em emergência no Ceará (Instituto Dr. José Frota), 64 tinham sido acometidas por acidentes domésticos.

Um dos fatores que determina essa situação é a prática inadequada do cuidado infantil adotada no lar. Assim, verificamos que a educação, no contexto domiciliar, possibilita a promoção da

saúde e a qualidade de vida das crianças e de seus familiares.

Tanto o ambiente familiar quanto o escolar podem se tornar um determinante potencial para o processo saúde-doença da criança. Sendo assim, a creche pode ser considerada um veículo disseminador de certas patologias, pois segundo Whaley e Wong (1999), a criança, na faixa etária de 1 a 6 anos de idade, encontra-se mais susceptível às infecções no ambiente escolar, devido a mesma entrar em contato pela primeira vez com alguns patógenos e pelo intenso convívio com outras crianças. A creche pode ser considerada, entretanto, como um meio facilitador para se fazer a prevenção de doenças e a promoção da saúde das crianças, isso porque a criança ainda não dispõe de muita noção sobre cuidado, prevenção e perigo. Assim, se a família e a creche não intervêm de modo a proporcionar um ambiente saudável, esse será um fator que, junto às predisposições físicas da criança, poderá acarretar sérios problemas de saúde e trazer graves prejuízos à vida desta criança.

Entendendo que é na unidade familiar que está o principal foco de promoção de desenvolvimento da criança, e que a creche pode interferir ou não nas condições de saúde e doença da criança, este estudo se reveste de grande importância, pois conhecendo o estilo de vida das famílias, como se cuidam, suas condições sócio-econômicas, as atividades desenvolvidas no cotidiano, as alterações do crescimento e do desenvolvimento da criança inserida na creche, é que a Enfermagem poderá intervir de forma que atenda às reais necessidades de cada um dos membros da família, minimizando os agravos à saúde dos mesmos, principalmente das crianças nesta faixa etária.

Assim, o estudo teve como objetivos: identificar as situações de agravos à saúde das crianças na primeira infância (2 até os 6 anos de idade) nos contextos familiar e escolar; levantar dados sobre a estrutura da família e os fatores de risco no ambiente domiciliar que interferem na segurança física e mental da criança; identificar a rede social de apoio da família para o cuidado da criança.

Material e métodos

Este estudo utilizou a abordagem quantitativa com a finalidade de analisar os dados da avaliação do crescimento da criança na creche e o contexto domiciliar das famílias compostas por crianças da primeira infância. Segundo Minayo e Sanches (1993), a pesquisa quantitativa proporciona dados,

indicadores e tendências observáveis, sendo utilizada para grande quantidade de dados demográficos, podendo ser analisados por meio de variáveis.

A pesquisa foi realizada em duas escolas-creche da cidade de Fortaleza, localizadas no bairro Planalto do Pici, que atendem alunos nos períodos da manhã e da tarde, todos na faixa etária de 2 a 6 anos de idade.

A primeira fase da coleta de dados se desenvolveu no contexto escolar, sendo utilizados os seguintes procedimentos e instrumentos:

Observação do comportamento da criança na escola;

Avaliação antropométrica das crianças, segundo a classificação de Waterlow, que utiliza parâmetros de Peso/Estatura e Estatura/Idade (Issler *et al.*, 1999).

Das 40 crianças que apresentaram problemas de saúde mais significativos, selecionamos 16 para realizar as visitas domiciliares às suas famílias, correspondendo a 40% da população total.

Para tanto, foram utilizados os seguintes procedimentos e instrumentos:

Observação da dinâmica familiar e sua influência na saúde da criança;

Estrutura da família;

Ecomapa (mapa identificador da rede social de apoio familiar).

Vale ressaltar que os princípios éticos e legais da pesquisa que envolve seres humanos, de acordo com a Resolução nº 196/96, foram respeitados (Brasil, 1996).

De acordo com os resultados, os dados coletados foram processados no Excel, sendo apresentados em forma de gráficos e analisados de acordo com a literatura pertinente.

Resultados e discussão

1. Avaliando o crescimento e problemas de saúde da criança na primeira infância.

As crianças da primeira infância foram avaliadas com relação ao seu crescimento e desenvolvimento no próprio contexto escolar, sendo consultadas 97 crianças de toddler e pré-escolar, das quais 47 eram da creche A e 50 da creche B.

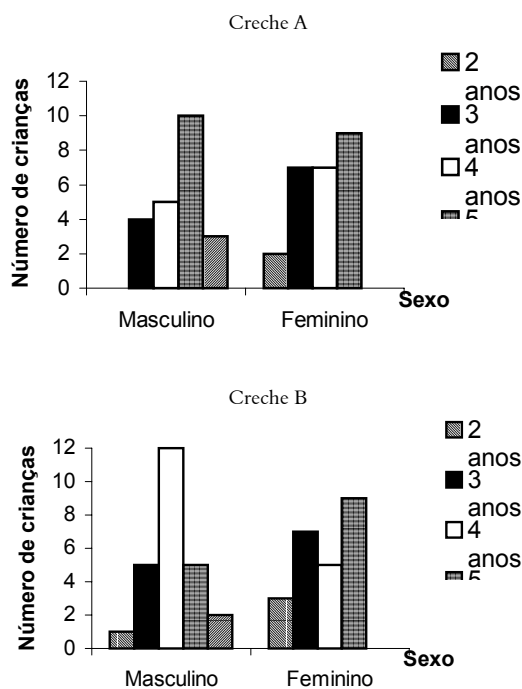


Figura 1. Distribuição do número de crianças por sexo e faixa etária (anos) nas creches A e B. Fortaleza, 2002.

Com relação à Figura 1, podemos observar que das 47 crianças consultadas na creche A, 22 eram do sexo masculino e 25 do sexo feminino. Com relação à faixa etária, havia 3 crianças com 6 anos, 19 contavam com 5 anos de idade, 12 com 4 anos, 11 com 3 anos e 2 crianças com 2 anos de idade.

No que diz respeito às 50 crianças avaliadas na creche B, 27 eram do sexo masculino e 23 do sexo feminino, onde havia 2 com 6 anos, 17 encontravam-se na faixa etária de 4 anos de idade, 14 com 5 anos, 13 com 3 anos e 4 crianças com 2 anos de idade.

Podemos, então, perceber um número significativo de crianças na fase de toddler (1 a 3 anos) e pré-escolar (3 a 6 anos) nas creches A e B, das quais na creche A, a maior prevalência era de crianças de 5 anos de idade de ambos os sexos e na creche B, crianças de 4 anos do sexo feminino e crianças de 5 anos do sexo masculino. De acordo com Whaley e Wong (1999), esta é uma fase em que a criança adentrará cada vez mais no meio social, sendo o jardim da infância um ótimo ambiente para estimular o seu desenvolvimento e expandir a experiência de grupo com pares.

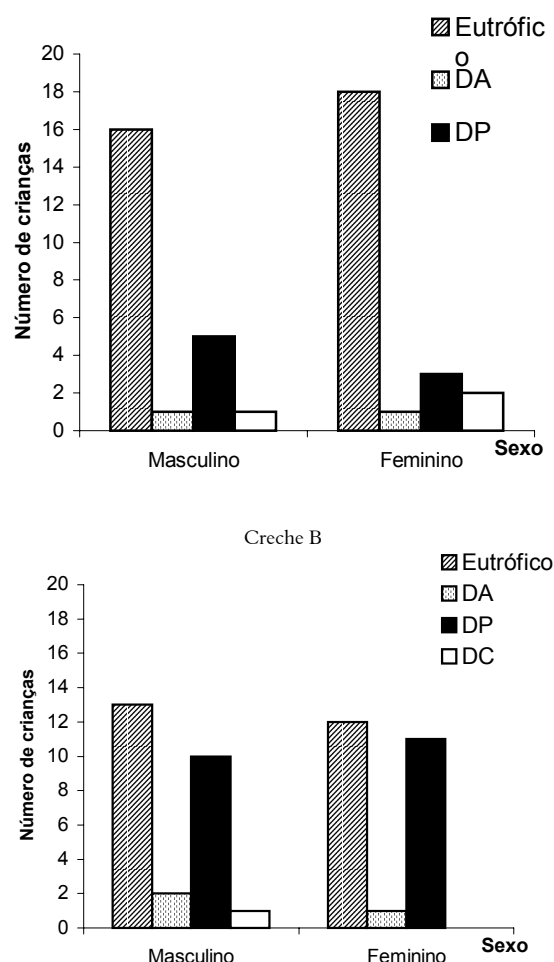


Figura 2. Distribuição do número de crianças por sexo e o estado nutricional nas creches A e B, Fortaleza, 2002. Legenda: DA (Desnutrição aguda), DP (Desnutrição Pgressa) e DC (Desnutrição Crônica).

Quanto à avaliação nutricional, de acordo com a classificação de Waterlow (Issler *et al.*, 1999), considerando a relação peso para estatura (P/E) e estatura para idade (E/I), observamos, na Figura 2, que das 97 crianças avaliadas, 59 eram eutróficas (não-desnutridas), das quais 34 da creche A e 25 da creche B.

Em relação às 38 crianças que apresentaram problemas nutricionais, 13 eram da creche A e 25 da creche B. Dentre as crianças com alteração no estado nutricional, podemos observar 5 com desnutrição aguda, ou seja, que tinha emagrecido, com 2 da creche A e 3 da creche B. Com relação às crianças com desnutrição pregressa, com retardo de crescimento, 8 eram da creche A e 21 da creche B. E das 4 crianças com desnutrição crônica (retardo de

crescimento com emagrecimento), 3 eram da creche A e somente 1 da creche B.

Para Collet e Oliveira (2002, p. 69), “A desnutrição continua sendo um grave e freqüente problema de saúde no mundo inteiro, sendo causa importante de morbidade e de mortalidade e fator de complicação para outras doenças, especialmente em crianças menores de 5 anos de idade.”

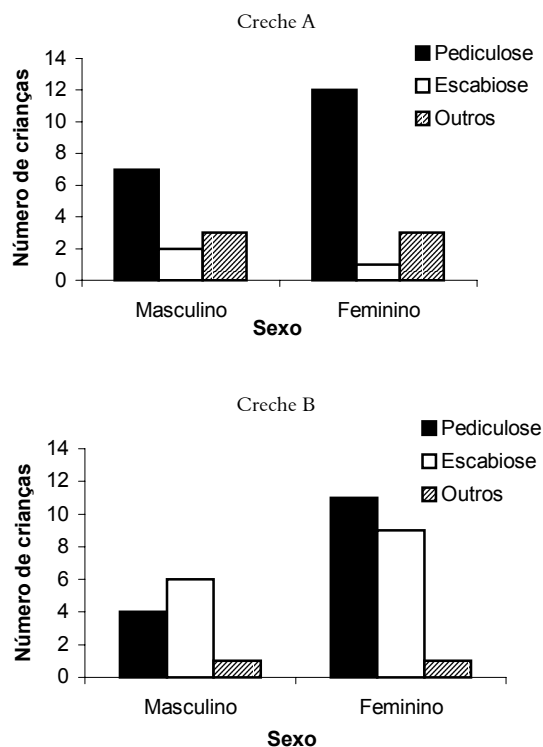


Figura 3. Distribuição do número de crianças por sexo e dermatoses nas creches A e B, Fortaleza, 2002.

Quanto à integridade da pele, podemos constatar, na Figura 3, que das 60 crianças que apresentaram dermatoses, 28 eram da creche A e 32 eram da creche B.

Das 34 crianças com pediculose, 19 eram da creche A, sendo 7 do sexo masculino e 12 do sexo feminino, e com relação às 15 crianças da creche B, 4 do sexo masculino e 11 do sexo feminino.

Em relação à escabiose, podemos observar que das 18 que apresentaram tal problema, 3 eram da creche A e 15 da creche B.

Podemos, ainda, constatar outros problemas dermatológicos nas crianças consultadas, das quais 6 da creche A (4 molusco, 1 micose do couro cabeludo e 1 larva *Migrans*) e 2 da creche B (2 molusco).

De acordo com Whaley e Wong (1999, p. 783), “as infestações por insetos parasitas são relativamente

comuns, sendo que as encontradas com maior frequência na infância são a escabiose e a pediculose do couro cabeludo.”

2. Avaliando o contexto domiciliar da família da criança na primeira infância

Reconhecendo que a maioria das crianças avaliadas apresentou alterações de saúde, verificou-se, então, as influências que o ambiente familiar exerce sobre as condições de saúde da criança, sendo tais aspectos observados pela análise e discussão dos dados abaixo, que foram obtidos a partir da avaliação da estrutura da família, grau de instrução e ocupação dos mantenedores do lar e a identificação da rede social de apoio que as famílias utilizam no processo saúde-doença.

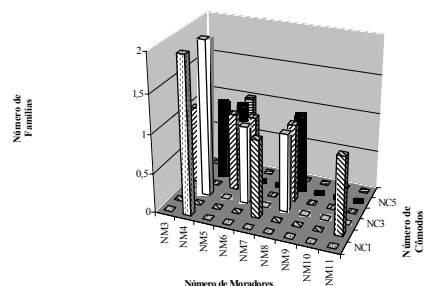


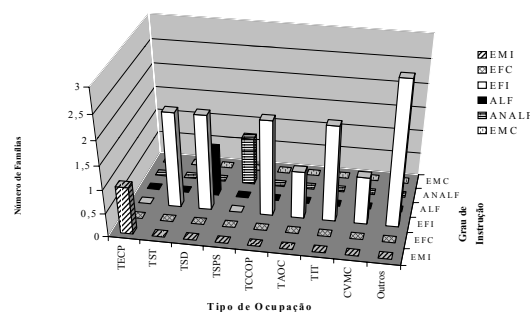
Figura 4. Distribuição do número de famílias visitadas por número de moradores (NM) e número de cômodos (NC). Fortaleza, 2003.

De acordo com a Figura 4, podemos observar um número significativo de moradores por cômodo, ou seja, há um expressivo contingente de pessoas para poucos cômodos. Tal condição implica na manutenção da saúde dos componentes, pois há uma diminuição do espaço físico das mesmas, repercutindo diretamente no atendimento de suas necessidades humanas básicas. Constatamos, então, que das 16 famílias que foram visitadas, 5 contavam com 4 moradores. Destas, 2 famílias moravam em 1 cômodo, 2 em 3 cômodos e 1 em 5 cômodos. Com relação às outras 11 famílias, destacamos, mais precisamente, 2 famílias compostas por 7 e 11 moradores, respectivamente, para 2 cômodos da casa; e 3 famílias com 8 moradores que moravam em 3, 4 e 5 cômodos, nesta ordem.

Podemos, então, perceber que a estrutura física do domicílio poderá implicar nas condições de saúde da família, visto que o número de cômodos por pessoas é considerado insuficiente, pois, segundo Wright e Leahey (2002), a adequação do espaço e da privacidade podem ser considerados como um dos fatores ambientais que influenciam diretamente na

dinâmica da família, repercutindo positivamente ou não em suas vidas, no seu processo saúde e doença.

É importante referir que 10 famílias eram compostas pelo casal com seus filhos, com 8 casais vivendo em união estável e 2 civilmente casados. Já com relação às outras 6 famílias, há que ressaltar a inexistência de casais, sendo a família chefiada pelo pai, no caso 1 família, ou pela mãe, nas demais. Neste contexto, ainda é oportuno colocar que foi constatada, na maioria das famílias, a presença de um ou mais membros com laços consanguíneos, como irmão, avó, dentre outros, e uma prevalência de grande número de crianças, principalmente na primeira infância, nas quais em 1 família com 7 moradores havia 5 crianças, em 3 famílias de 8 moradores havia, respectivamente, 3, 5 e 6 crianças e, por fim, 1 família com 11 moradores com 7 crianças. Com isso, o cuidado a estas famílias há que ser mais direcionado, pois as crianças necessitam de ações de saúde mais voltadas para seu bem-estar, pois, de acordo com Whaley e Wong (1999), nesta fase há maior susceptibilidade às situações de agravo à saúde delas.



Grau de Instrução

ANALF – Analfabeto
EFC – Ensino Fundamental Completo
ALF – Alfabetizado
EMI – Ensino Médio Incompleto
EFI – Ensino Fundamental Incompleto
EMC – Ensino Médio Completo

Tipo de Ocupação, segundo a Classificação Brasileira de Ocupações

TST – Trabalhador dos serviços de transporte
TSD – Trabalhador de serviços domésticos em geral
TECP – Trabalhador de embelezamento e cuidados pessoais
TSPS – Trabalhador de serviços de proteção e segurança
TCCOP – Trabalhador de construção civil e obras públicas
TAOC – Trabalhador de acabamento e obras civis
TIT – Trabalhador de indústria têxtil
CVMC – Condutores de veículos e manutenção de cargas

Figura 5. Distribuição do número de famílias visitadas por tipo de ocupação e grau de instrução. Fortaleza, 2003.

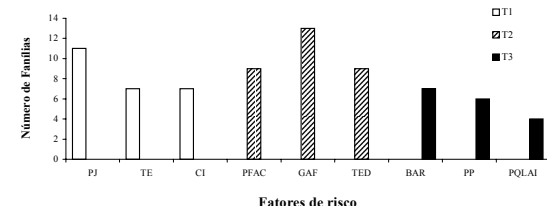
Em relação à Figura 5, constatamos uma prevalência do Ensino Fundamental Incompleto (EFI) como grau de instrução de 13 dos 16 Gerentes de Saúde da Família (GSF), pessoa que administra ou mantém o lar, sendo, ainda, 1 analfabeto, 1

alfabetizado (sabe ler e escrever) e 1 com Ensino Médio Incompleto (EMI).

No que diz respeito ao tipo de ocupação dos GSFs, 2 eram trabalhadores dos serviços de transporte, 3 trabalhadores de serviços domésticos em geral, 1 trabalhador de embelezamento e cuidados pessoais; 1 trabalhador nos serviços de proteção e segurança, 2 trabalhadores da construção civil e obras públicas, 1 trabalhador de acabamento e obras civis, 2 trabalhadores da indústria têxtil 1 condutor de veículos e movimentação de cargas, e, por fim, 3 trabalhadores de serviços diversos.

Com isso, observamos uma relação entre o grau de escolaridade e a situação ocupacional dos mantenedores do lar, sendo a estes destinadas atividades empregatícias de menor qualificação e, conseqüentemente, menores salários, onde, das 16 famílias, 2 tinham como renda até 1 salário mínimo (R\$ 240,00), 8 famílias de 1 a 2 salários mínimos, 4 acima de dois salários mínimos, e 2 famílias sem renda.

Tais dados encontram amparo nos ensinamentos de Draibe (2000), quando afirma que o grau de instrução está intrinsecamente ligado à qualificação profissional que tais pessoas venham a ter, condicionando-as a atividades de menores qualificações e rentabilidade.



Legenda
Tipo de Acidentes
 T1 – Quedas
 T2 – Queimaduras
 T3 – Intoxicação/Envenenamento

Fatores de Risco

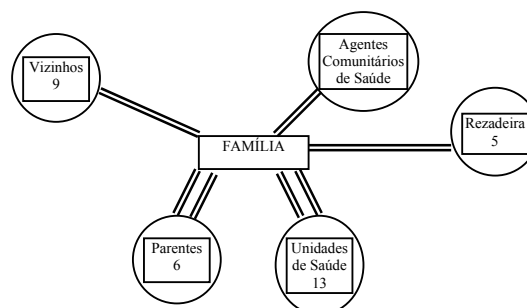
PJ – Presença de janelas sem proteção
 TE – Tapetes escorregadios
 CI – Calçados inadequados
 PFAC – Painéis ferventes ao alcance das crianças
 GAF – Garrafa de álcool/fósforo ao alcance das crianças
 TED – Tomadas de energia elétrica ao alcance das crianças
 BAR – Bebidas alcoólicas/remédios ao alcance das crianças
 PP – Presença de plantas
 PQLAI – Produtos químicos de limpeza, abrasivos e inseticidas ao alcance das crianças

Figura 6. Relação entre as famílias e os fatores de risco causadores de acidentes. Fortaleza, 2003.

Com relação à identificação dos fatores de risco no ambiente domiciliar, fatores estes condicionantes de acidentes, podemos observar que, nos domicílios das 16 famílias, em 11 houve um fator de risco potencial para quedas que foi a presença de janelas sem proteção. Ainda sobre quedas, em 7 havia o fato

do domicílio possuir tapetes escorregadios e também em 7 as crianças não utilizavam calçados adequados. Já em relação às queimaduras, em 9 domicílios observou-se o acesso a painéis ferventes pelas crianças. Em 13, as crianças estavam ao alcance da garrafa de álcool e de fósforos e isqueiros e, ainda, em 7 as tomadas para energia elétrica estavam desprotegidas e ao alcance das crianças. E, por último, relacionado à intoxicação/envenenamento, em 7 casas observou-se que as crianças tinham acesso aos frascos de remédios e bebidas alcoólicas, em 6 verificou-se a presença de plantas e em 4 casas havia produtos químicos de limpeza, abrasivos e inseticidas ao alcance das crianças (Figura 7).

De acordo com os resultados, podemos constatar que o ambiente domiciliar das famílias de crianças na primeira infância estava caracterizado por vários fatores de risco, propiciadores de acidentes, que constituem uma importante causa de morbidade e mortalidade na infância em todo o mundo. Para Gikas, Shuartsman e Fontana (1999, p. 130), “o acidente tem causa, origem e determinantes epidemiológicos como qualquer outra doença e, em conseqüência, pode ser evitado e controlado”.



Legenda
 — Vínculos Superficiais
 === Vínculos Fortes

Figura 7. Ecomapa das relações das famílias com as redes sociais de apoio no processo saúde-doença de seus membros.

O ecomapa, segundo Hartman *apud* Wright e Leahey (2002, p. 91), representa uma visão geral da situação da família, retrata as relações importantes de educação ou aquelas oprimidas por conflitos entre a família e o mundo. Demonstra o fluxo ou a falta de recursos e as privações. Este procedimento de mapeamento delinea a natureza das interfaces e pontos de intermediação, pontes a construir e recursos a serem buscados e mobilizados para os conflitos.

Apesar do ecomapa representar os relacionamentos dos membros da família com os sistemas mais amplos (trabalho, recreação, escola,

amigos, dentre outros), restringiremo-nos, aqui, para melhor visualização e compreensão, às interações das famílias com as redes sociais de apoio referente ao processo saúde-doença.

A partir da Figura 7, podemos identificar a rede social de apoio que as 16 famílias utilizam quando ocorre algum processo mórbido que implique nas condições de saúde destas famílias. Em 13 famílias, destaca-se o forte vínculo com as unidades de saúde que abrangem a área do Pici. Ao ocorrer uma doença com a criança ou com algum membro, as famílias procuram as instituições em primeiro lugar para sanar as necessidades daquelas pessoas. Ainda sobre vínculos fortes, 6 famílias recorrem a seus parentes em caso de doença. Com relação a outros pontos da rede social de apoio, verificaram-se os vínculos superficiais, pouco estreitos diante da importância que tais pontos de rede oferecem como ajuda às famílias, com destaque à vizinhança, a quem 9 famílias recorrem, ao Agente Comunitário de Saúde, a quem 4 famílias recorrem para o agendamento de visitas domiciliares com o médico, e, por fim, 5 famílias buscam a rezadeira (curandeira popular), reforçando o apreço e credibilidade que a cultura medicinal popular tem para a comunidade.

Conclusão

A partir da realização deste estudo, constatamos a relevância do mesmo pelo fato de ter dado condições de avaliar não só as crianças na fase de toddler e pré-escolar na creche, mas, principalmente, conhecer o contexto das famílias das crianças avaliadas, com o intuito de detectarmos precocemente as situações de agravos à saúde, visando a proporcionar cuidados efetivos, que visem à melhoria da saúde de todos.

Para tanto, verificamos que as principais causas de agravo à saúde da criança na primeira infância foram os distúrbios nutricionais (desnutrição protéico-calórica) e dermatoses (pediculose, escabiose, dentre outras), sendo estes fatores observados com a avaliação física da criança.

Com relação às 16 famílias das crianças visitadas, verificamos que 10 famílias eram compostas por casais com seus filhos, e que a maioria dos casais vivia em união do tipo estável. Ainda podemos observar que o número de cômodos era insuficiente para o número de pessoas que moravam nos domicílios e que havia uma prevalência de crianças na primeira infância no contexto familiar.

Para Draibe (2000, p. 120), “nos domicílios pobres, há um número maior de pessoas em idade não-produtiva (zero a 17 e 60 anos e mais) em relação àquelas em idade produtiva, o que aumenta os encargos das pessoas que trabalham.”

No que diz respeito ao grau de instrução dos gerentes de saúde das famílias, pudemos constatar que o mesmo influenciou diretamente no tipo de ocupação, exercendo atividades sem ter carteira de trabalho assinada e rendimentos salariais insuficientes para suprir as necessidades de seus membros.

Os domicílios das famílias foram caracterizados como potenciais para acidentes, principalmente dos tipos de quedas, queimaduras e intoxicação/envenenamento, pois fatores de risco tais como presença de janelas sem proteção, garrafa de álcool/fósforo e bebidas alcoólicas/remédios ao alcance das crianças, dentre outros, foram identificados em suas casas.

Com relação às redes sociais de apoio das famílias, quanto ao processo saúde e doença de seus membros, observamos que a maioria das famílias procura, principalmente, as unidades de saúde como auxílio para a solução do seu problema, bem como vêem os parentes como uma rede de apoio para as situações divergentes que ocorrem no seu cotidiano.

Diante do exposto, fica claro o quanto é importante que os profissionais de Enfermagem continue buscando apreender ainda mais a realidade social, econômica e cultural das crianças e de seus familiares, discutindo, de maneira crítica e reflexiva, a atual conjuntura social das famílias com o propósito de direcionar cada vez mais práticas de educação em saúde que viabilizem o desenvolvimento de novas atitudes e comportamentos de todas as pessoas envolvidas no cuidar com crianças, visando a minimizar os principais problemas de saúde que têm acometido as crianças na faixa etária de 2 a 06 anos de idade e seus familiares.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – Copep. Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Criança Nordeste – PRMIM. *Intensificação das Ações de Controle da Mortalidade Infantil e Mortalidade Materna no Brasil, 2002*. Disponível em: <http://www.geocities.com/criancanordeste/>. Acesso em 10 mai. 2002.
- COLLET, N.; OLIVEIRA, B. R. G. *Enfermagem pediátrica*. Goiânia: AB, 2002.
- DRAIBE, S. M. Por um reforço da proteção da família: contribuição à reforma dos programas de assistência social no Brasil. In: KALOUSTIN S. M. (Org.). *Família brasileira – a base de tudo*. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNICEF, 2000. p.109-130.

- FROTA, M. A.; FORTE, B. P. Desnutrição como fator que interfere no desenvolvimento organizacional da cultura familiar. In: ALVES, M. D. S. et al. *Cultura e poder nas práticas de saúde: sociedade, grupo, família*. Fortaleza: Pós-graduação/ DENE/ UFC, 1999, p.135 -144.
- FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA INFÂNCIA. *Situação mundial da infância 1997*. Brasília. 1997.
- GIKAS, R. M. C. et al. Promoção da segurança infantil. In: ISLER, H. et al. *Pediatria na atenção primária*. São Paulo: Sarvier, 1999, p 130-140.
- ISSLER, H. et al. *Pediatria na atenção primária*. São Paulo: Sarvier, 1999.
- KAWAMOTO, E. E. *Enfermagem comunitária*. São Paulo: EPU, 1995.
- MALVEIRA, E. A. P.; SOUZA, I. E. O. O cuidado de saúde às crianças: a posição prévia a partir das políticas públicas. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.7, n.2, p.244-254, mai./ago., 1998.
- MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo - qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad. Saúde. Públ.*, Rio de Janeiro, v.9,n.3, p.239-262, jul./set., 1993.
- SIGAUD, C. H. S.; VERÍSSIMO, M. D. L. O. R. *Enfermagem pediátrica: o cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente*. São Paulo: EPU, 1996.
- SOUZA, L. J. E.; BARROSO, M. G. T. A criança acidentada no lar X prevenção. In: VIII SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 1995, Ribeirão Preto. *Anais...* Ribeirão Preto: ABEn, 1995, p.97.
- SOUZA, L. J. E. *Envenenar é mais perigoso: uma abordagem etnográfica*. 1997. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1997.
- WHALEY, L. F.; WONG, D. L. *Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
- WRIGHT, L. M.; LEAHEY.M. *Enfermeiras e famílias – uma guia para avaliação e intervenção na família*. 3. ed .São Paulo: Roca, 2002.

Received on July 01, 2003.

Accepted on April 07, 2004.