

FAMÍLIAS DE CRIANÇAS DESNUTRIDAS: ROTINAS DIÁRIAS

Camila Stefanos Goulart Jorge*

Astrid Eggert Boehs**

Gisele Cristina Manfrini Fernandes***

Ana Izabel Jatobá de Souza****

RESUMO

O estudo consiste de uma pesquisa qualitativa, de múltiplos casos, com quatro famílias de crianças participantes de um programa de suplementação alimentar, em Florianópolis/SC. Teve por objetivo compreender como se dá a rotina diária de famílias com crianças desnutridas ou em risco nutricional. Fez-se observação direta em campo e entrevistas gravadas com a mãe ou outro cuidador da criança, no domicílio, na unidade de saúde e no centro comunitário local, entre outubro de 2006 e agosto de 2007. Utilizou-se o método de análise de conteúdo e análise comparativa à luz do referencial teórico. Os resultados apontam que as famílias estabelecem rotinas que se modificam constantemente para o atendimento das necessidades básicas dos membros ante os eventos esperados e inesperados no ambiente familiar, podendo promover a coesão do núcleo e auxiliar no cuidado das crianças desnutridas ou em risco nutricional. A relação com a rede de suporte social varia e os recursos do programa de suplementação alimentar ajudam na estabilidade da vida familiar.

Palavras-chave: Saúde da Família. Enfermagem Familiar. Transtornos da Nutrição Infantil.

INTRODUÇÃO

A família, compreendida também como sistema ou como unidade cuidadora, vem atualmente passando por fortes transformações, influenciadas por mudanças culturais, ambientais e econômicas que ocorrem no contexto micro e macrosocial⁽¹⁾. Apesar dos avanços em curso, significativo número de famílias brasileiras ainda enfrentam diversas fragilidades e suscetibilidades, que repercutem diretamente nas crianças.

A desnutrição infantil, associada a outros importantes distúrbios alimentares, tem sido amplamente abordada na literatura e se constitui em permanente preocupação das políticas básicas de saúde⁽²⁾. Dados oficiais consideram, no perfil da segurança alimentar das grandes regiões do país, entre outros fatores, o nível de escolaridade da pessoa de referência do domicílio, a composição da unidade familiar e sua renda⁽³⁾. A causalidade da desnutrição infantil, também relacionada com fatores externos - como a situação econômica, o nível de escolaridade e o escasso suporte social - acaba

por afetar a organização e o cotidiano das famílias com crianças desnutridas.

Na família, as ações, interações e processos dos seus diferentes membros buscam organizar a vida coletiva diária, ao estabelecer rotinas, distribuir tarefas e administrar os recursos de acordo com a situação em que estes se encontram⁽⁴⁾. As pesquisas apontam para uma variação nos estilos comportamentais de cada unidade familiar que se reflete em diferentes extensões e conteúdos das próprias rotinas⁽⁵⁾. No âmbito da Enfermagem, as pesquisas sobre esse tema ganharam importância a partir da década de 90, com a pioneira Sharon Denham⁽⁶⁾, que conceituou as rotinas como comportamentos estreitamente ligados às atividades diárias e regulares, os quais mudam conforme a necessidade da unidade familiar. Nos estudos nacionais, pesquisadores de enfermagem estudaram as rotinas de famílias com mães de lactentes que trabalham fora do lar⁽⁷⁾ e com famílias de crianças desnutridas⁽⁸⁾.

No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) emergiu da necessidade de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases.

*Enfermeira. Mestre. E-mail: milamix@hotmail.com

**Enfermeira. Doutora. Professora do Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Coordenadora do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde (NEPEPS). E-mail: astridboehs@hotmail.com

***Enfermeira. Mestre. Doutoranda pelo PEN/UFSC. Bolsista CNPq. Membro do NEPEPS. E-mail: gisamanfrini@yahoo.com.br

****Enfermeira. Doutora. Professora no Departamento de Enfermagem da UFSC. Coordenadora do Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na Área de Saúde da Família (GAPEFAM). E-mail: jatobá@nfr.ufsc.br

Políticas compensatórias também vêm sendo empreendidas, como o Programa Hora de Comer (PHC), instituído pela Prefeitura Municipal de Florianópolis, em 1999, o qual consiste no fornecimento de uma cesta alimentar para crianças desnutridas e o seu acompanhamento nas Unidades de Saúde⁽⁹⁾.

Neste contexto da atenção básica, os profissionais da área da saúde (especialmente o enfermeiro, que geralmente assume o papel de liderança da Equipe da Saúde da Família) se defrontam com situações em que o saber técnico precisa ser adaptado ao saber e à motivação da família para o cuidado. É preciso considerar a diversidade das dinâmicas familiares e a realidade em que vivem as famílias com crianças desnutridas. Assim, pergunta-se: quais as rotinas diárias de famílias com crianças desnutridas e participantes do Programa Hora de Comer, em uma comunidade do município de Florianópolis? Este artigo objetiva compreender como se dá a rotina diária de famílias com crianças desnutridas inscritas em um programa de suplementação alimentar, com base no referencial de rotinas familiares.

A realização deste estudo se justifica pelo fato de que a compreensão das rotinas de cuidado de famílias com crianças desnutridas pode ampliar as possibilidades de ação dos profissionais de saúde (entre eles o enfermeiro) junto às famílias, principalmente aquelas em situação de risco, além de fornecer subsídios para construção de políticas públicas de saúde pautadas na realidade dos sujeitos.

METODOLOGIA

Dentro da abordagem da pesquisa qualitativa, foi utilizada a estratégia metodológica do estudo de múltiplos casos. No estudo de casos múltiplos, embora as unidades de análise sejam as mesmas (as famílias), admite-se que cada qual apresenta vivências únicas que merecem investigação aprofundada, e que os resultados obtidos da análise de cada caso familiar somar-se-ão significativamente para a compreensão do fenômeno em questão, permitindo a comparação⁽¹⁰⁾.

Os participantes desta pesquisa foram quatro famílias que tinham entre seus membros pelo menos uma criança desnutrida ou em risco

nutricional inscrita no PHC. Elegeu-se para informante-chave o integrante da família considerado o cuidador principal.

O cenário de investigação se deu em uma das áreas da ESF de um centro de saúde localizado em um bairro do Norte do município de Florianópolis/SC. A referida área, que denominaremos de Vila X, é constituída de famílias que foram removidas de outras áreas do município para esse bairro. Esta área possui três microáreas com prevalência dos indicadores de saúde que refletem uma realidade social e econômica mais vulnerável a doenças, como, por exemplo, a desnutrição infantil. O programa Hora de Comer assiste crianças de seis meses a seis anos incompletos de idade com quadro de desnutrição ou em risco nutricional definido a partir dos parâmetros adotados pelo Ministério da Saúde para avaliação ponderal.

A coleta dos dados se deu no domicílio e em contatos posteriores com informantes-chaves realizados na unidade local de Saúde, antes e durante as consultas de puericultura, ou outros procedimentos, e no Centro Comunitário da Vila X, no decorrer das reuniões educativas do programa com os familiares.

Para as entrevistas utilizou-se um roteiro com dados de identificação, incluindo o genograma e o ecomapa⁽¹¹⁾, e uma pergunta desencadeadora do diálogo. Também fora, utilizadas algumas informações disponíveis no banco de dados do PHC, bem como as anotações contidas na caderneta de saúde.

A análise dos dados ocorreu concomitantemente à fase de coleta, pelo método de Análise de Conteúdo proposto por Bardin⁽¹²⁾. As etapas de análise que se sucederam foram: 1) pré-análise; 2) descrição analítica, que consistiu na transformação dos dados brutos em núcleos de compreensão dos textos, conforme as pré-categorias (comportamentos rotineiros das famílias), a que se seguiu a síntese das subcategorias e das categorias; 3) interpretação, momento de reflexão e interpretação dos dados, com associação destes aos conceitos e pressupostos teóricos do referencial de rotinas familiares.

Quanto aos aspectos éticos, a pesquisa respeitou a Resolução n.º 196/96, apresentando e lendo o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” aos sujeitos no primeiro encontro.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o Protocolo n.º 328/06.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A família A é composta de um casal reconstituído e uma criança (três anos) desnutrida. A esposa (40 anos), e o esposo (42 anos) possuem filhos de casamento anterior, e ambos têm escolaridade de primeiro grau. Os filhos dele (9, 12 e 14 anos) convivem mais próximos com a família do pai, ao passo que a filha dela (16 anos) reside distante. Atualmente, moram em casa própria de alvenaria e ambos são provedores do lar, dividindo os gastos mensais. A rede de suporte familiar é constituída de pessoas da família, da comunidade e de instituições, dentre as quais: o programa Hora de Comer, a creche e a Igreja.

A família B é dirigida por duas irmãs (33 e 35 anos) atualmente desempregadas. A mais velha cursou até a 4ª série do primeiro grau e é a cuidadora das crianças e da casa, enquanto a mais nova, que terminou o 2º grau, é tida como a provedora, a chefe da família, que busca trabalho, estabelece as regras e toma as principais decisões. Na casa moram também a filha (3 anos) de uma delas, mais quatro filhos da outra irmã: três meninas (13, 10 e 5 anos) e um menino de 2 anos. Além destas crianças, há uma agregada (13 anos), que não é parente, mas foi acolhida. A criança de cinco anos está desnutrida. Estas mulheres têm história de perda precoce dos pais e distanciamento dos irmãos. Seus relacionamentos conjugais foram rompidos, apenas o pai das filhas (13 e 10 anos) do primeiro casamento da irmã mais jovem é que mantém contato e ajuda no sustento. Quanto ao suporte social, as irmãs e a agregada formam uma rede interna de ajuda e apoio mútuo nas atividades cotidianas. A rede externa é formada pela figura do pai das filhas (13 e 10 anos), da madrinha de uma das crianças e da madrastra¹ da família, que auxiliam especialmente nas situações em que falta dinheiro e alimentos. A creche e a escola garantem as refeições diárias; o terreiro de umbanda, as práticas religiosas que trazem esperança; o PHC e o Programa Bolsa

Família fornecem comida e dinheiro; e algumas famílias da Vila contribuem com doações.

A família C se constitui num arranjo formado de um casal jovem (a mãe, de 21 anos, merendeira, cursou até o 2º ano do segundo grau; o padrasto, de 27 anos, que é vendedor autônomo, concluiu o segundo grau) em união estável e duas filhas de dois relacionamentos anteriores da esposa: uma menina de 3 anos, desnutrida, e um menino de um mês, em aleitamento materno. Moram em uma casa de alvenaria alugada e na mesma Vila mora a avó materna das crianças, que auxilia nos cuidados com os netos, compra os alimentos preferidos das crianças e as acompanha no PHC. Outros recursos de suporte social da família são as suas irmãs, as vizinhas e o PHC.

A família D é chefiada pela avó materna da criança desnutrida, que cuida do neto e da qual provém a maior parte do sustento. Ela tem 46 anos de idade, estudou até a quarta série e atualmente trabalha como roceira de um campo de futebol próximo à sua casa. A mãe da criança é uma jovem (22 anos) que estudou até o 1º ano do segundo grau, está desempregada e não assume os cuidados do filho. O pai da criança que não assume a paternidade. Moram ainda na casa outros três irmãos da mãe da criança (20, 17, 15 anos). A avó busca ajuda nas redes de suporte familiar e comunitária.

Embora as características externas das moradias de todas as famílias do estudo sejam semelhantes, uma vez que as construções das casas da Vila X têm um padrão homogêneo, notaram-se peculiaridades na organização do ambiente interno que refletem a identidade familiar e revelam disparidades na situação socioeconômica destas famílias, sobretudo se considerarmos o número de integrantes e os arranjos familiares, como indicam outros estudos⁽¹³⁾. Os casos estudados não são definidos por um único padrão ou modelo de estrutura familiar⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. No caso destas famílias puderam ser identificados os modelos *família reconstituída* e *família monoparental feminina* com membros da família extensa agregados. Os arranjos expressam variações dos padrões de relacionamento nesta fase de desenvolvimento com filhos pequenos, especialmente quanto à interação entre pais, filhos e outros membros, tendo-se em vista a interposição de fases de vida

¹ Maneira como se referiam à Mãe de Santo do terreiro de umbanda que frequentavam.

que implicam a participação intergeracional para a organização da vida diária⁽¹⁶⁾. A figura feminina, principalmente nos arranjos monoparentais, assume funções essenciais de cuidado e de provisão do lar, aumentado, na realidade brasileira, o número crescente de famílias chefiadas por mulheres, as quais ficam expostas aos efeitos econômicos perversos advindos das diferenças nas formas de inserção da mulher no mercado de trabalho⁽¹⁶⁾.

As rotinas diárias da família A se revelam nos **breves encontros no ambiente familiar**, e estão principalmente associadas às necessidades de sono e repouso, alimentação, higiene, trabalho e lazer. Segundo o casal, tudo se molda às rotinas de trabalho, inclusive os cuidados da criança e a alimentação. A rotina de trabalho da mãe limita sua convivência com a filha. Durante a semana elas compartilham alguns momentos juntas, enquanto veste e ajeita a criança para a creche.

É diante das **dificuldades enfrentadas** que a família percebe as limitações do dia-a-dia e a necessidade de alterar algumas rotinas. A rotina diária de trabalho noturno da esposa traz preocupações ao casal, especialmente pela exposição às circunstâncias da violência local, em função do uso de transporte coletivo na madrugada. A falta de dinheiro também limita as saídas para lazer. *Falta dinheiro até pra ir trabalhar, quem dera para passear* (mãe A).

“**Ela desnutriu, e agora?**” - é a expressão de uma nova situação em que as rotinas são revistas pela família A. Segundo a mãe, com a desnutrição da filha, novas rotinas foram incorporadas ao cuidado da criança, dentre elas a participação no PHC, onde passou a observar melhor os sinais físicos indicativos de risco nutricional e a acompanhar o desenvolvimento neuropsicomotor. Começaram a se preocupar mais com a rotina alimentar da criança, oferecendo refeições com mais frequência.

A família B expressa que “**nosso dia é assim**”, revelando que as rotinas variam de acordo com a faixa etária. Um aspecto importante da rotina desta família é que cada um come o que quer e na hora em que quiser. Os membros da família não fazem as principais refeições juntos, até porque as crianças menores se alimentam das refeições oferecidas na creche.

A falta de alimentos se mostra uma das principais dificuldades enfrentadas pela família. Diante de tal situação, elas relatam **modificar a fluidez da rotina familiar para driblar a fome**, criando estratégias internas, como suprir prioritariamente as refeições das crianças, adiantando o horário e indo para a cama mais cedo. Outro recurso para a falta de alimentos é realizar apenas uma grande refeição, quando todos estão reunidos. Como as crianças fazem as principais refeições do dia na creche, os adultos evitam almoçar para garantir os alimentos a serem servidos no jantar. Contam, nestas situações, com a ajuda de uma pessoa da comunidade, carinhosamente reconhecida como “madrasta”, que prontamente fornece comida, gás ou dinheiro. As meninas maiores costumam pedir alimentos às pessoas conhecidas, a vizinhos e à agente de saúde.

Outras limitações diárias estão relacionadas à violência na comunidade. Esta realidade criada pela violência implica restringir as brincadeiras, pois as crianças precisam estar ao alcance dos adultos no próprio quintal de casa, os horários de chegada e de saída devem ser respeitados e os adultos (no caso as tias) preferem acompanhar as crianças até a creche/escola.

As rotinas familiares incorporam momentos de aproximação e de distanciamento das **rotinas institucionais**, em sua relação com a creche, o posto de saúde e o PHC. A criança desnutrida é o membro da família que mantém acompanhamento periódico e regular no posto de saúde, e para isto é necessário que a família organize sua rotina, por exemplo, avisar a creche com um dia de antecedência sobre a ida da criança ao posto. Sem dinheiro para o transporte, é preciso adiantar o horário da saída de casa. A unidade de saúde estabelece como limite o atraso de até dez minutos para consultas médicas agendadas, o que nem sempre pode ser cumprido pela família.

Na família C foi **se instituindo uma rotina alimentar em** que se passou a relacionar a situação nutricional da filha desnutrida com as necessidades de cuidado dentro da rotina familiar. Segundo a mãe, não havia horários estabelecidos para as refeições, nem mesmo para a criança. Os alimentos estavam dispostos nos armários, na geladeira ou sobre a mesa, mas não eram oferecidos à criança.

Em busca de solução para a dificuldade de estabelecer a rotina alimentar da filha, a mãe foi orientada pela pediatra a **repetir a rotina da creche**. Tal rotina alimentar resultou positivamente no ganho ponderal da criança, e a mãe também percebeu maior aceitação de outros limites para a filha a partir do estabelecimento de uma rotina.

Além de suporte social a esta família, **o Programa norteia o cuidado à criança**. A mãe afirma que passou a se interessar mais pelo cuidado da filha e pelo seu estado nutricional após frequentar as consultas médicas: *Antes achava que era normal dela ser mirradinha assim mesmo [...] no momento que ela entrou nesse programa dei mais valor pro que ela come, eu prestei mais atenção no crescimento dela*.

Na família D, as relações conflituosas entre a mãe e a avó da criança marcam o cenário de uma estrutura familiar com problemas nos papéis e tarefas que repercutem no funcionamento familiar, com sobrecarga da avó: *simplesmente eu estou sozinha nisso aí [...] eu trabalho, eu limpo, eu cuido*.

A criança desnutrida é cuidada diariamente pela avó e o tio (17 anos, estudou até a 8ª série do primeiro grau). A rotina da mãe da criança incomoda a todos em casa: ela não participa das refeições com a família, sai à noite, chega tarde e dorme durante toda a manhã. Levar a criança às consultas médicas, participar das reuniões educativas e distribuir a cesta nutricional, requisitos para manter o vínculo no PHC, foram compromissos que a mãe assumiu em relação à criança, mas não cumpriu. Com três faltas da mãe houve a suspensão da criança do programa e a falta da cesta fez diferença na rotina alimentar de toda a família: *querendo ou não, todos comiam as coisas da cesta*. Nas situações de crise financeira, a rotina alimentar é a principal prejudicada.

Partindo dos dados da investigação, observa-se que a distribuição das tarefas e a definição dos papéis se moldam de acordo com as rotinas e a composição familiar, como a responsabilidade pelo cuidado das crianças, que varia entre o pai ou padrasto, a avó, o irmão mais velho/adolescente, a vizinha e a mãe. Em parte, isto contraria as afirmações de que as tarefas domésticas e o cuidado dos filhos estão

sob a responsabilidade feminina⁽⁷⁾. Além do mais, tais modificações no cotidiano doméstico têm relação com a maior aproximação afetiva entre pais e filhos, em que a participação nas atividades que envolvem o cuidado está muito mais ligada ao campo da ajuda do que propriamente à partilha de responsabilidades⁽¹⁸⁾.

O apoio da rede de suporte social interna e externa da família, especialmente para o cuidado das crianças, é relevante neste estudo de rotinas. Inserem-se as relações de parentesco (tios, irmãos), de vizinhança, intergeracionais (avós) e também as relações institucionais. Instituições como escolas, creches, a igreja ou terreiro de umbanda e a unidade de saúde, na menção de apenas uma das famílias são percebidas como necessárias para o amparo das rotinas diárias. As famílias de baixa renda parecem conseguir buscar mais fontes de recursos, nas quais se apoiam para desenvolver suas atividades diárias e arquitetar o funcionamento familiar; entretanto a análise dos ecomapas mostra predominância dos fluxos unilaterais, que indicam que essas famílias têm mais recursos a receber do que a oferecer, sendo as trocas referentes a dinheiro e alimentos e à concessão de espaço para a realização dos cultos religiosos. A plasticidade e a dinamicidade da rede de suporte social evidenciam a relação entre as necessidades, o contexto e o momento de vida das famílias, abrindo espaço também para as situações de conflito nas relações, com oscilações que promovem sua intensificação, rompimento e/ou reorganização.

As famílias estabelecem rotinas diárias, respeitando a idade dos membros e suprimindo, essencialmente, as suas necessidades biológicas (alimentação, higiene, sono, eliminações e lazer), o que caracteriza uma predisposição intrínseca do ser humano quanto ao ciclo de atividades previsíveis dentro de 24 horas⁽⁵⁾. Não obstante, a presença da desnutrição ou do risco nutricional é capaz de alterar, ainda que temporariamente, os comportamentos preditivos, em virtude de fatores de ordem econômica, ambiental e estrutural que permeiam o viver familiar.

As rotinas têm forte relação com o desenvolvimento familiar e sofrem adaptações ou modificações ao longo das etapas de vida^(6,19). As famílias estudadas se encontram na fase de

aquisição, com filhos pré-escolares na situação de desnutrição ou em risco nutricional, e estabelecem diversas rotinas, intermediando as necessidades de cuidado às atividades diárias da família e sua vinculação às instituições. Evidencia-se a mudança nas rotinas diante de eventos de transição como, por exemplo, a introdução da criança na creche.

A reorganização de rotinas para a alimentação das crianças está ligada a estratégias de convívio familiar, socialização com outras crianças, lazer e redefinição dos papéis, e reflete-se positivamente no ganho ponderal e na aceitação de alimentos pelas crianças; contudo, a saúde é um fenômeno que consiste de experiências cotidianas promovidas por meio do comportamento dos membros e de suas relações com o ambiente interno e com o contexto social amplo^(6,19), e, nestes termos, fatores ambientais como a fome, a baixa renda, o baixo nível de instrução, o desemprego, a violência comunitária, a negligência intra e extrafamiliar, a falta de vaga na creche e a rigidez nas regras institucionais influenciam, em maior ou menor grau, no estado nutricional dos filhos e na saúde da família. A disponibilidade da mãe para o cuidado é vista por alguns autores como uma vertente influenciadora do estado nutricional dos filhos^(2,20), porém as condições de saúde das crianças inscritas neste programa alimentar parecem sofrer muito mais a influência de outros determinantes, como a insegurança alimentar, as condições sanitárias do domicílio e da comunidade, o desemprego, baixa renda e a violência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retornando ao objetivo deste estudo, que foi o de compreender como se dá a rotina diária de famílias com crianças desnutridas inscritas em um programa de suplementação alimentar, foi possível perceber que as famílias estabelecem rotinas que se modificam constantemente para o atendimento das necessidades básicas dos membros ante os eventos que ocorrem no ambiente familiar, podendo promover a coesão

do núcleo e auxiliar no cuidado das crianças desnutridas ou em risco nutricional. A relação com a rede de suporte social varia e os recursos do programa de suplementação alimentar ajudam na estabilidade da vida familiar.

Além disso, é importante considerar que um olhar feito através do referencial das rotinas permite ao pesquisador perceber com mais facilidade a vida cotidiana destas famílias. Vislumbrar as rotinas constitui-se como uma janela que permite a compreensão do funcionamento interno da família com os papéis e tarefas de seus membros bem como as suas relações externas.

Quanto à questão da desnutrição da criança, o estudo das rotinas de famílias com crianças participantes de um programa de suplementação alimentar é relevante no cenário da atenção básica de saúde, pois permite aos profissionais, especialmente aos de enfermagem, o desenvolvimento de um olhar sensível e pormenorizado do dia-a-dia das famílias, dando suporte para um cuidado voltado cada vez mais para a família em vez do cuidado ao indivíduo somente. Para os líderes das diferentes instituições que atendem os integrantes das famílias com crianças desnutridas, bem como para os que integram as esferas governamentais, compreender as rotinas destas famílias poderá levar a uma visão mais crítica sobre o distanciamento entre as políticas públicas e as reais necessidades do núcleo familiar.

Por fim, em novas pesquisas, torna-se necessário desvendar o que há por trás do atraso ou da falta na consulta de puericultura, da longa permanência da criança no programa, da quebra de vínculo com as instituições, entre outros tantos acontecimentos que permeiam o funcionamento familiar no contexto da desnutrição e de outras doenças infantis, a fim de identificar, além do impacto de vários estressores de vida, o desenvolvimento de rotinas produtoras de saúde nas famílias com crianças, buscando valorizá-las.

FAMILIES OF MALNOURISHED CHILDREN: DAILY ROUTINE

ABSTRACT

This is a qualitative study of multiple cases, with four families and their children participating in a program of food supplementation in Florianópolis/SC - State. Its aim was to understand how daily routine of families with malnourished children or at nutritional risk was being developed. There were direct observations in the field and

recorded interviews with the mother or other child's caregiver at home, at the Health Unit and at the Local Community Center from October 2006 to August 2007. We used the method of content analysis and comparative analysis in light of the theoretical framework. The results indicate that families establish routines that constantly change to meet the basic needs of the members before expected and unexpected events in the family environment, and this may promote the nucleus cohesion and help in the care of malnourished children or at nutritional risk. The connection to the social support network varies and the program resources about food supplementation help in the family stability.

Key words: Family Health. Family Nursing. Child Nutrition Disorders.

FAMILIAS DE NIÑOS DESNUTRIDOS: RUTINAS DIÁRIAS

RESUMEN

Se trata de una investigación cualitativa, de múltiples casos, con cuatro familias de niños que participan de un programa de suplementación alimentaria en Florianópolis/SC. Tuvo como objetivo comprender cómo es la rutina diaria de familias con niños desnutridos o en riesgo de nutricional. Se realizó una observación directa en campo y entrevistas grabadas con la madre u otro cuidador del niño, en el domicilio, en la Unidad de Salud y en el Centro Comunitario Local, entre octubre del 2006 y agosto del 2007. Se utilizó el método de análisis de contenido y análisis comparativo a la luz del referencial teórico. Los resultados apuntan que las familias establecen rutinas que se modifican constantemente para atender las necesidades básicas de los miembros frente a los eventos esperados e inesperados en el ambiente familiar, pudiendo promover la cohesión del núcleo y auxiliar en el cuidado de los niños desnutridos o en riesgo nutricional. La relación con la red de soporte social varía, y los recursos del programa de suplementación alimentaria ayudan en la estabilidad de la vida familiar.

Palabras clave: Salud de la Familia. Enfermería de la Familia. Trastornos de la Nutrición del Niño.

REFERÊNCIAS

1. Biasoli-Alves ZMM. Pesquisando e intervindo com famílias de camadas sociais diversificadas. In: Althoff CR, Elsen I, Nitschke RG. Pesquisando a família: olhares contemporâneos. Florianópolis: Papa-Livro; 2004. p. 91-106.
2. Carvalhaes MABL, Benício MHD. Capacidade materna de cuidar e desnutrição infantil. Rev saúde pública. 2002 abr.;36(2):188-97.
3. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Segurança Alimentar. [Internet]. 2004 [acesso 2008 maio 20]. Rio de Janeiro: IBGE; 2006. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2004/suplalimentar2004/supl_alimentar2004.pdf>.
4. Denham SA. Family Routines: a structural perspective for viewing family health. ANS Adv Nurs Sci. 2002 jun;24(4):60-74.
5. Boyce EWT, Jensen EW, James SA, Peacock JL. The Family Routines Inventory: theoretical origins. Soc Sci Med. 1983;17(4):193-200.
6. Denham SA. Relationships between family rituals, family routines, and health. J Fam Nurs. 2003 Mar;9(3):305-30.
7. Boehs AE, Grisotti M, D'Aquino MW. Routines in families with infants. Rev Latino-am Enfermagem. 2007 set/out.;15(5):902-8.
8. Jorge CSG. Rotinas familiares: um estudo com famílias de crianças participantes de um programa de suplementação alimentar [Dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2007.
9. Boehs AE, Damiani CB. Famílias com crianças desnutridas: os desafios para trabalhar em grupos. Métodos, modelos e modos de cuidar de enfermagem. Texto contexto – enferm. 2005 abr./jun.;14(2):287-92.
10. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3 ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
11. Wright LM, Leahey M. Modelo Calgary de Avaliação da Família. In: Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 3 ed. São Paulo: Rocca; 2002. p. 63-148.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. 3 ed. Lisboa: Edições 70; 2004.
13. Fonseca C. Família, fofoca e honra: etnografia de relações de gênero e violência em grupos familiares. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2004.
14. Silveira ML. Família: conceitos sócio-antropológicos básicos para o trabalho em saúde. Fam Saúde Desenv. 2000 jul/dez;2(2):58-64.
15. Gaíva MAM. A família como unidade de cuidado de enfermagem na atenção à saúde da criança. In: Gaíva MAM. Saúde da criança e do adolescente: contribuições para o trabalho de Enfermeiros(as). Cuiabá: EdUFMT; 2006. p. 61-80.
16. Manfrini GC, Boehs AE. Cuidando de famílias rurais na perspectiva do desenvolvimento da família. Ciên Cuid Saúde. 2005 set/dez;4(3):213-23.
17. Vitale MAF. Famílias monoparentais: indagações. Serv Social Soc. 2002;71:45-62.
18. Coelho VP. O trabalho da mulher, relações familiares e qualidade de vida. Serv Social Soc. 2002;71:63-79.
19. Denham SA. Family Routines: a construct to considering family health. Holist Nurs Pract. 1995 Jul.9(4):11-23.

20. Machado MFAS, Vieira NFC. Participação na am Enfermagem. 2004 jan/fev;12(1):76-82.
perspectiva de mães de crianças desnutridas. Rev Latino-

Endereço para correspondência: Astrid Eggert Boehs. Rua Valter Castelan, 429, Jardim Anchieta, CEP: 88037-300, Florianópolis, Santa Catarina. E-mail: astridboehs@hotmail.com

Data de recebimento: 12/05/2009

Data de aprovação: 21/09/2009