

**PROMOÇÃO DE SAÚDE DAS FAMÍLIAS DE DOCENTES DE ENFERMAGEM:
APOIO, REDE SOCIAL E PAPÉIS NA FAMÍLIA**
**HEALTH PROMOTION AMONG NURSING FACULTY MEMBERS' FAMILIES: SUPPORT, SOCIAL
NETWORK AND ROLES IN THE FAMILY**
**PROMOCIÓN DE SALUD DE LAS FAMILIAS DE DOCENTES DE ENFERMERÍA: APOYO, RED
SOCIAL Y ROLES EN LA FAMILIA**

Jaqueline Dias¹, Lucila Castanheira Nascimento², Iranilde José Messias Mendes³, Semiramis Melani Melo Rocha⁴

¹ Mestre em Promoção de Saúde pela Universidade de Franca (UNIFRAN). São Paulo, Brasil.

² Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP), Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem. São Paulo, Brasil.

³ Doutora em Enfermagem. Professor Associado aposentado da EERP/USP. São Paulo, Brasil.

⁴ Doutora em Enfermagem. Professor Titular aposentado da EERP/USP. Professora Catedrático Visitante na Universidade de Aveiro, Portugal. Professora na UNIFRAN. São Paulo, Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Promoção da saúde. Papel (figurativo). Apoio social. Enfermagem familiar. Saúde do trabalhador.

RESUMO: O objetivo deste trabalho é identificar apoios sociais, redes e papéis em famílias de docentes de enfermagem, utilizando a fundamentação teórica sobre promoção de saúde em enfermagem familiar. O cenário deste estudo constituiu-se de um Curso de Graduação em Enfermagem de uma Universidade do Brasil. Selecionaram-se como sujeitos deste estudo três famílias de enfermeiras docentes responsáveis por disciplinas do ciclo profissionalizante. A entrevista em profundidade, o genograma e o ecomapa foram usados para a coleta de dados, que foram categorizados pela análise de conteúdo, optando-se pelo tipo temático. Nas três famílias estudadas, os familiares e a família ampliada constituíram-se na principal fonte de apoio. Outras pessoas importantes foram funcionárias, sem laços de consanguinidade, as redes de apoio compostas pela escola, trabalho, igreja e locais de lazer. A identificação de papéis e apoios permitiu aos familiares fortalecerem os mecanismos de enfrentamento para lidar com os fatores estressantes cotidianos e atuarem na promoção da saúde.

KEYWORDS: Health promotion. Role. Social support. Family nursing. Occupational health.

ABSTRACT: This study aims to identify social support, networks, and roles in families of nursing faculty members, using the theoretical framework of health promotion in family nursing. The scenario of the study was an Undergraduate Nursing Course at a University in the interior of Brazil. Three families of nursing professors responsible for subjects in the professionalization cycle were selected as study subjects. In-depth interviews, the genogram, and ecomaps were used for data collection. Data was categorized by thematic content analysis. In the three families under study, relatives and the expanded family constituted the main source of support. Other important persons were female employees without blood relations. The social support network included the school, work, church, and leisure sites. The identification of roles and supports allowed the relatives to strengthen coping mechanisms in order to deal with the daily stress factors, as well as to act in health promotion.

PALABRAS CLAVE: Promoción de la salud. Rol. Apoyo social. Enfermería de la familia. Salud laboral.

RESUMEN: La finalidad de este trabajo es identificar apoyos sociales, redes y roles en las familias de docentes de enfermería, utilizando para ello, la fundamentación teórica sobre promoción de salud en enfermería familiar. El escenario de este estudio fue un Curso de Pregrado en Enfermería de una Universidad del interior de Brasil. Como sujetos de este estudio fueron seleccionadas tres familias de enfermeras docentes, responsables por disciplinas del ciclo profesionalizante. Para la recolección de los datos se utilizó la entrevista en profundidad, el genograma y el ecomapa. Los datos fueron catalogados mediante el análisis de contenido, eligiéndose el tipo temático. En las tres familias estudiadas, los familiares y la familia ampliada se constituyeron en la principal fuente de apoyo. Fueron consideradas como importantes las funcionarias, sin lazos de consanguinidad; las redes de apoyo, compuestas por la escuela, el trabajo, la iglesia y sitios de ocio. La identificación de roles y apoyos les permitió a los familiares fortalecer los mecanismos de enfrentamiento para lidiar con los factores cotidianos estresantes y actuar en la promoción de la salud.

Semiramis Melani Melo Rocha
Endereço: R. Soares Romeu, 693
14.020-370, Jardim São Luís, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
Email: smmrocha@eerp.usp.br

Artigo original: Pesquisa
Recebido em: 16 de abril de 2007
Aprovação final: 28 de setembro de 2007

INTRODUÇÃO

A enfermagem tem passado por transformações profissionais e sócio-culturais. As novas teorias para a assistência de enfermagem preconizam um cuidado ampliado cujo campo de ação abrange áreas de conhecimento biológicas, sociais, culturais, políticas e espirituais. Diante deste panorama, surgem alguns questionamentos: os enfermeiros estão realmente preparados para esta transformação? A saúde destes profissionais é frágil e constantemente influenciada por agentes estressores relacionados ao trabalho. Horário de trabalho, remuneração, burocracia, submissão, impotência, competitividade, cobrança, plantões, incompatibilidade entre afazeres, a família e o lazer afetam a sua saúde.¹⁻³ A revisão bibliográfica demonstra a preocupação com o tema.^{4,5} O sofrimento profissional transforma-se em adoecimento e pesquisas evidenciam nesta clientela algumas manifestações, tais como: a somatização, a psiquiatrização, a medicalização, a licença médica, a hospitalização, a reinserção profissional e a aposentadoria por invalidez.⁶

O indivíduo, submetido às condições adversas, usa várias alternativas de superação de agravos que atingem sua saúde e, quando se esgotam suas competências individuais, recorre à rede de apoio social. Considerando a importância do cuidado à saúde dos profissionais que se dedicam à formação de recursos humanos para atuarem no setor saúde, a escassez de estudos sobre a promoção de saúde destes profissionais e suas famílias, nos propomos a pesquisar a interseção destes três temas: o profissional enfermeiro, a família e a promoção de saúde. O objetivo deste trabalho é identificar apoios sociais, redes de apoio e papéis em famílias de docentes de enfermagem, utilizando a fundamentação teórica da promoção de saúde em enfermagem familiar.

REFERENCIAL TEÓRICO

A promoção de saúde é um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo social. Recentemente, tem aumentado a atenção em direção à promoção da saúde como uma intervenção mais complexa, que traz benefícios diretos às famílias. A enfermagem, como profissão da saúde, tem procurado fundamentar-se para uma atuação prática com famílias na promoção da saúde.⁷

Há vários fatores que influenciam a promoção da saúde da família. A religião fornece suporte incentivando práticas, valores, socialização e comportamentos saudáveis; a cultura influencia diretamente as pessoas, pelas crenças, valores, normas, linguagem e comportamentos típicos dos indivíduos. As questões socioeconômicas trazem um grande impacto na promoção da saúde, pois estão ligadas diretamente à disponibilidade de recursos. As políticas locais e globais são importantes, pois os programas governamentais fornecem apoio para as famílias. Os avanços científicos trazem novos conhecimentos e somam-se a todos estes componentes que influenciam a promoção da saúde das famílias.⁷

Para este estudo, família é definida como duas ou mais pessoas que são ligadas por íntimas associações, recursos e valores e é reconhecida quando os membros consideram os elementos que a constituem como uma família.⁸ Esta definição é adequada ao referencial teórico de Enfermagem Familiar na Promoção de Saúde, processo pelo qual se busca o bem estar biológico, emocional, físico e espiritual dos membros da família e da unidade familiar.⁸ Enfermagem familiar é definida como ações de enfermagem direcionadas para melhorar a qualidade de vida, promover, fortalecer e manter o bem estar das famílias.⁸

A literatura não apresenta um consenso que estabeleça com clareza a diferença entre rede de apoio e apoio social. Essa dificuldade de consenso entre os autores se deve à diversidade de contextos das pesquisas. Por falta de uma definição sistematizada, optamos pelas definições de Bullock: apoio social pode ser definido por provisão ou recebimento de assistência e pela percepção individual de apoio que pode ser positiva ou negativa.⁹ A rede de apoio se refere a um conjunto de ligações específicas entre pessoas, com a propriedade adicional dos laços que são usados para interpretar o comportamento da pessoa envolvida. Desta forma, a rede se refere às redes institucionais, com expectativas de comportamento pré-estabelecidas.

A avaliação dos papéis na família torna-se necessária para o entendimento da dinâmica da família, possibilitando a intervenção nos papéis dos seus membros. Incentivando os membros da família para o cuidado, o enfermeiro irá produzir o compartilhar de papéis dentro da família. Os papéis desempenhados podem gerar estresse. A redistribuição de tarefas entre os membros da família pode minimizar o

estresse do papel desempenhado.¹⁰ Neste trabalho, considerou-se as enfermeiras pesquisadoras como responsáveis pela promoção da saúde em enfermagem familiar e as enfermeiras pesquisadas e suas famílias como receptoras da assistência.

MÉTODOS

Este estudo se desenvolveu em um Curso de Graduação em Enfermagem de uma Universidade do Brasil, após aprovação do projeto por um Comitê de Ética, Protocolo N° 141/06, e consentimento da instituição. Constituíram-se sujeitos deste estudo as famílias de três docentes responsáveis por disciplinas do ciclo profissionalizante. Foi utilizado como critério de inclusão da família o docente, com graduação em enfermagem, pertencente ao quadro docente do curso. Dentre os sete docentes que fazem parte desta instituição, foram selecionados três que possuíam estruturas familiares distintas: uma família nuclear ou conjugal, formada por pai, mãe e filhos, sem histórico de relações anteriores; uma família nuclear, com formação recente e com histórico de relações anteriores, e uma família descasada, resultante de divórcio formada por uma mãe e uma filha.¹¹

O trabalho de campo foi realizado junto aos familiares dos sujeitos selecionados para a pesquisa. Os encontros com as respectivas famílias para coleta de dados foram previamente agendados, respeitando-se o pré-requisito de que todos os membros da família que concordaram em participar do estudo estivessem presentes, com o objetivo de se obterem informações específicas relacionada a crenças, atitudes, conceitos e comportamentos inerentes ao grupo. A família estendida foi entrevistada conforme a necessidade levantada pelas pesquisadoras, baseando-se no grau de participação dos membros na dinâmica familiar, respeitando-se o desejo de participarem ou não da pesquisa. Todos os entrevistados foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e respeito ao anonimato, antes da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como técnica de coleta de dados, utilizou-se a entrevista em profundidade, baseada em questões pertinentes ao sistema familiar, bem como a elaboração do genograma e ecomapa de cada família.¹² Todas as entrevistas foram gravadas, após esclarecimentos e consentimento de todos os participantes.

O genograma é a representação gráfica, através de símbolos, da composição familiar e dos relacionamentos básicos em, pelo menos, três gerações. Ele

permite, de uma forma rápida e clara, visualizar quais são os membros que constituem a família, tenham eles vínculos consanguíneos ou não, identificando a idade, ocupação ou profissão e escolaridade de cada pessoa, além de retratar o lugar ocupado por cada um dentro da estrutura familiar.¹³ O genograma foi construído através de um diagrama que detalha a estrutura familiar, fornecendo informações sobre os vários papéis de seus membros e bases para a discussão e análise das interações familiares.

O ecomapa é um diagrama das relações entre a família e a comunidade que ajuda a avaliar as redes e apoios sociais disponíveis e sua utilização pela família. Os membros da família com suas respectivas idades aparecem no centro, enquanto que, os contatos são representados por círculos externos. As linhas representativas indicam os tipos de conexões: as setas simbolizam energia de fluxo e de recursos, ligações fortes são representadas por linhas contínuas, as ligações frágeis por linhas pontilhadas e os aspectos estressantes entre as relações são representados por barras. O ecomapa pode representar a presença ou ausência de recursos sociais, culturais ou econômicos.¹³ Durante as entrevistas, o genograma e o ecomapa foram construídos com a participação de todos os familiares presentes, incluindo as crianças e os adolescentes.

Os dados deste estudo são: o conteúdo das entrevistas, as observações anotadas, o genograma e o ecomapa. No tratamento dos dados, foi adotado o método de análise de conteúdo temático.¹⁴ Foram utilizadas como unidade de registro três categorias distintas: apoio social, rede de apoio e papéis na família.

RESULTADOS

Colaboraram com o nosso estudo três famílias, totalizando doze participantes, membros das famílias em questão. Os dados coletados foram submetidos ao método de análise de conteúdo, para melhor compreensão das entrevistas e dos instrumentos utilizados, buscando os aspectos mais relevantes, de acordo com o referencial teórico adotado na pesquisa, a enfermagem familiar na promoção de saúde, apoio social e papéis na família.

Papéis nas famílias

A família número um (Família1) foi constituída pela enfermeira (Enfermeira1), marido (Marido1), filha (Filha1) e filho (Filho1). Estava organizada de uma forma que poderíamos classificá-la

de tradicional, com os papéis definidos de pai, mãe, filhos e uma funcionária que atendia aos trabalhos domésticos. Contudo, como a mãe exercia atividades profissionais de grande responsabilidade, em duas cidades, e o pai, no momento, estava trabalhando no domicílio, parte das atividades, que poderiam ser consideradas maternas, estavam sendo desempenhadas pelo Marido1. A Funcionária1, pela longa permanência junto à família, desempenhava o papel de cuidadora das crianças, como substituta da mãe.

[...] eu vejo assim, o [Marido1] cuida mais do que eu [...] contando em horas [...] porque, vamos dizer de prover alimento, é ele que vê. Da questão de levar ao médico, de ver as crianças, os esportes e tudo, na escola, eu estou mais na retaguarda dele [...] mas é um período, agora, que a gente tem que viver, de eu não poder estar participando, deles não podem contar comigo [...] ele [Marido1] pode adequar muito mais os seus horários [...] e pelo momento que eu estou passando, pelos dois vínculos, estar ocupando um cargo que tem demandado demais a minha presença. Então é por isso e, aí, ele [Marido1] tem cuidado mais da família, até de mim! (Enfermeira 1).

A [Funcionária1] cuida da casa, está presente na casa, mas quem cuida das crianças, de ver se está tudo bem, é mais o [Marido1] (Enfermeira 1).

A família número dois (Família 2) foi constituída pela Enfermeira 2, que estava divorciada há sete anos, e pela Filha 2. A Filha 2 tinha contato semanal com os avós paternos e passava uma semana com o pai, uma vez ao ano. A Enfermeira 2 contava com a ajuda da mãe (Mãe 2) para cuidar da Filha 2 em seus horários de trabalho. Na Família 2, os papéis dos seus membros se apresentavam mais complexos. O Ex-Marido 2 foi citado como fonte de influências negativas sobre a Filha 2, por colocá-la em confronto com a autoridade da mãe. A Enfermeira 2 nos disse: *o pai tem uma influência muito negativa sobre a [Filha 2]. Uma vez ela voltou da casa dele e disse: “olha mãe, esta casa é minha e eu mando aqui!” (Enfermeira 2).*

A avó queixava-se de ser desautorizada pela neta, o que lhe dificultava exercer o papel de cuidadora. Desta forma, o pai não representava o papel de educador da Filha2 e, ainda, dificultava a Enfermeira 2 e sua mãe a educarem a Filha 2. A Enfermeira 2 tinha acúmulo de papéis, pois não recebia atenção do ex-marido e estava sobrecarregada com os cuidados de sua família e de seus pais.

A família número três (Família 3) era constituída pela Enfermeira 3, o segundo marido (Marido 3b), e os três filhos do primeiro casamento da Enfermeira 3 (Filha 3a, Filha 3b e Filho 3). O primeiro

casamento da Enfermeira 3 foi marcado pela morte trágica do marido (Marido 3a). Na Família 3, o papel de cuidador era dividido entre a Funcionária 3 e o Marido 3b: *[...] Quem fica mais atento com as coisas da casa e das crianças é o [Marido 3b]. Ele é até mais rígido do que eu, mais detalhista (Enfermeira 3).* Este assumia a maior parte das responsabilidades, mas era pouco reconhecido pelos demais membros. Todos os familiares tinham uma preocupação maior com o Filho 3, que era o foco de cuidados do núcleo familiar. A Filha 3b nos explicou: *[...] o [Filho3] é o mais menorzinho. Por isso precisa de mais cuidado [...] (Filha 3b).*

Os avós maternos eram citados como importantes na educação dos filhos. Enfermeira 3 era a provedora de recursos materiais para a subsistência da família, principalmente neste momento de transição profissional do Marido 3b, que passou de um emprego com renda fixa, para uma atividade autônoma.

Redes e apoio social

A Família1 demonstrou em seus depoimentos que possuía várias redes de apoio, sendo a principal, a própria família que preserva, de várias formas, sua unidade. Foram nítidas as manifestações de carinho, afeto e compreensão entre os membros da família que justificaram esta afirmação. Além dos membros da família, consideraram a Funcionária1, que cuidava da casa, como membro da família e fonte de tranquilidade. O Marido1 nos disse: *[...] eu não sei se seria de considerar a [Funcionária 1] como a pessoa que mais nos ajuda. Eu acho que sim. Ela faz parte; é uma extensão da família (Marido1).*

Os membros consideraram o emprego público como fonte de segurança. O clube que freqüentavam proporcionava atividades de lazer, uma fonte de relaxamento e descontração. As crianças, em seus depoimentos referiram-se à escola e às atividades esportivas como fonte de apoio e prazer. O Marido 1 nos informou: *[...] eles [Filha 1 e Filho 1] fazem natação duas vezes por semana [...] e ele [Filho 2] faz futebol em outro clube [...]. Na verdade, este universo do clube é um universo importante. O fato de termos acesso ao clube de lazer ajudava. Por exemplo, eu levar as crianças [...] isso tende a ser mais acionado, é uma forma de desestress. [...] É que eu acho que a gente sempre buscou uma forma de compensação. Então a gente aproveita melhor o tempo que estávamos todos juntos [...] (Marido 1).*

A Família 2 citou como redes de apoio o trabalho, os seguros de saúde privados, a escola e o emprego. A família estendida também apareceu

como importante rede de apoio, sendo citados os avós paternos e maternos, tios e primos.

[...] descobri que tenho reumatismo há pouco tempo, porque começou a afetar minha visão [...]. Ainda bem que tenho plano de saúde [...]. Faço acompanhamento médico com o reumatologista e oftalmologista [...]. Graças ao meu trabalho eu consegui construir esta nova casa [...]. Neste ano, por causa da construção, eu e ela [referindo-se a Filha 2] deixamos de fazer muita coisa [...]. Antes saíamos para almoçar ou jantar (Enfermeira 2).

Na Família 3, as principais redes de apoio foram a escola, a igreja e consultórios médicos. O Filho 3 nos disse: *[...] eu gosto da escola. Só não gosto quando tem que ir à sala da orientadora. E a Filha 3b complementou: [...] eu gosto da escola, gosto das minhas amigas. Só não gosto de assistir aula. É muito chato.*

A preocupação com os problemas de comportamento do Filho 3 foi mencionada e relacionada aos serviços médicos como principal rede de apoio. O equilíbrio e a estabilidade familiar dependiam do sucesso do tratamento. A fala da Enfermeira 3 ilustra o exposto: *[...] eu gasto bastante com o [Filho 3], pois os médicos dele não atendem pelo convênio. Tive que reduzir o número de terapias com a psicóloga, ainda mais agora, que ela [referindo-se à psicóloga] mudou de cidade; e gasto para viajar também [...]. (Enfermeira 3).*

A família ampliada também se constituiu em rede de apoio importante, principalmente os avós maternos, apontados como principal recurso, quando se tratava da educação das crianças.

[...] quando se trata das crianças, eu procuro o meu pai e minha mãe. Quando se trata de uma coisa minha ou da casa, eu procuro o [Marido 3b]. O motivo é que meu pai e minha mãe me ajudam, assim, na educação, na parte das crianças. O [Marido 3b], ele tá o tempo todo junto, mas nós dois nunca temos a mesma opinião sobre as crianças. O [Marido 3b] exige que elas sejam mais maduras e eu entendo que não, que tem um tempo pra elas amadurecerem. Então, eu procuro um meio termo (Enfermeira 3).

A Família 2 apresentou como forte fonte de apoio os avós maternos. Relataram a relação com o Ex-marido 2 como estímulo negativo, apesar da sua contribuição com suporte econômico para o orçamento familiar. O trabalho da Enfermeira 2 e a construção da casa foram citados como fontes de estresse na medida em que consumiam o tempo disponível para ficar com a Filha 2 e dar-lhe mais carinho e atenção. A Filha 2 citou com carinho a participação dos avós como membros da família. Os avós, na Família 2, apareceram como fonte de preocupação por apresentarem problemas de saúde.

Na Família 3, a principal fonte de apoio foi o Marido 3b, que se responsabilizou pela casa e pelos filhos, na maior parte do tempo. A relação entre o Marido 3b e as crianças mostrou-se tranqüila, baseada em carinho e respeito. Porém, não se percebeu um vínculo forte o suficiente para que o mesmo fosse reconhecido como pai, mas como cuidador. A principal fonte de estresse para todos os membros da família foi o Filho 3, que, freqüentemente, tinha comportamentos que desestabilizavam a harmonia da família. A Funcionária 3 foi citada pelas crianças como principal fonte de apoio, devido à sua presença constante. Apesar de não contar com apoio constante de seus pais, percebeu-se que, para a Enfermeira 3, os mesmos eram consultados quando se tratava de problemas com os filhos.

DISCUSSÃO

Apesar da dificuldade em encontrar na literatura uma definição universal de rede de apoio e apoio social, encontramos formas de identificar nas famílias o apoio que recebem, com base no referencial de promoção de saúde da família, na revisão bibliográfica e no contexto deste levantamento, entre as três famílias estudadas. Desta forma, foram consideradas como rede de apoio e apoio social as informações levantadas nos depoimentos dos familiares e consideradas por eles como tais.¹⁵ Nas três famílias estudadas, os membros da família constituem a principal fonte de apoio. Entre si, oferecem apoio emocional e instrumental. São fontes de apoio emocional porque disponibilizam tempo, compartilham as vivências cotidianas, preocupações e emoções, oferecem carinho e afeto. São fontes de apoio instrumental porque oferecem provisão de bens, dinheiro e trabalho. Os familiares ajudam nas tarefas domésticas, educação de filhos e contribuem com bens materiais no sustento da família.

A análise dos papéis da família, baseada em um modelo psicossocial, caracteriza o sistema familiar com a típica definição de papéis, no qual cada membro ocupa o seu espaço que não é permutável. Porém, a expectativa de cada papel pode sofrer alteração, permitindo a transição entre “o proteger” e “ser protegido”.^{10,16} É essa possibilidade de troca de papéis que garante a dinâmica e a saúde familiar frente às diversas mudanças de origem interna ou externa. As relações entre os membros da família se apóiam em uma complexa rede de interação constante, que se mantém através de círculos de afeto e

que objetivam a sustentação em relação ao conjunto. Sob esta ótica justifica-se a necessidade de se considerar o indivíduo como um ser multidimensional, com uma história singular, que foi construída em um contexto familiar que também é único.¹⁶

Neste estudo, a família nuclear formada por pai, mãe e filhos depende menos da família estendida que a família recente com histórico de relações anteriores e a família mononuclear resultante de divórcio. Nos casos das Famílias 1 e 3, as funcionárias aparecem como fonte importante de apoio. Os membros das famílias que podem arcar com os custos de uma funcionária estável e dedicada manifestaram maior conforto e segurança. Delegar o trabalho doméstico a uma pessoa confiável proporcionou bem estar não somente às enfermeiras, mas a todos os membros da família. É preciso destacar, que o envolvimento das duas funcionárias com as famílias, foi além de um suporte instrumental, considerado como a oferta de trabalho e mão de obra. Estendeu-se a oferta de carinho, responsabilidade e confiança. Este fato nos leva a considerar que, para o caso do profissional enfermeiro, com longa jornada de trabalho e dupla responsabilidade, considerando o ensino e assistência, o apoio deve abranger também a divisão de papéis na família.

Na Família 1, o marido se constitui na maior fonte de apoio, no que se refere aos cuidados com os filhos, auxiliado pela Funcionária 1, que também gerencia as tarefas relacionadas à casa. Além do suporte fornecido em relação à criação dos filhos, a Enfermeira 1 conta com o apoio e incentivo profissional do Marido 1, que é constantemente consultado sobre situações que são vivenciadas no trabalho. Na Família 3, o apoio em relação ao cuidado com os filhos está centralizado na Funcionária 3 e as tarefas de gerenciamento da casa são, predominantemente, executadas pelo marido (Marido 3b).

Como a Enfermeira 2 não pode contar com o trabalho de uma funcionária e não possui marido, compartilha com seus pais o papel de mãe e educadora, mas com mais dificuldades, pois a Filha 2 resiste a obedecer aos avós maternos. Os avós paternos fornecem suporte instrumental ao prover as necessidades materiais da Filha 2.

Nas enfermeiras participantes deste estudo, evidencia-se o compromisso e responsabilidade com a família, a participação efetiva no orçamento familiar, a rotina de inúmeras horas de trabalho e as relações de afeto nas relações familiares. A grande carga de trabalho é amenizada pelo prazer das atividades profes-

sionais e as redes de apoio social como amortecedores de suas conseqüentes ausências no âmbito familiar.

As fontes de lazer, a escola das crianças e a igreja se apresentam como importantes redes sociais, sendo referidas pelos membros como momentos de alegria, descontração e aproximação entre os membros da família. Nas Famílias 2 e 3, a espiritualidade e a igreja aparecem como fontes de apoio muito importantes. A Família 1 não frequenta a igreja, mas cultiva os valores espirituais, éticos e morais entre seus membros.

As Famílias 2 e 3 passam por um período da falta de oportunidades de lazer, determinada por limitações econômicas atuais e por excesso de atividades relacionadas ao trabalho, o que aparece refletido nos depoimentos como fonte de tensões. Uma possível intervenção de enfermagem para promoção da saúde da família seria sugerir a estas famílias que procurassem se organizar para ter mais momentos de lazer e buscassem formas alternativas e econômicas para viabilizar os mesmos.

Paradoxalmente, os membros da família também constituem fonte de estresse. Ao apresentarem problemas de saúde, preocupam os familiares causando tensões. A Família 3 passa por períodos de desestabilização emocional e financeira determinados pelos problemas comportamentais do Filho 3. Nestes períodos, a Enfermeira 3 é constantemente convocada para reuniões na escola, ocorrem brigas entre os irmãos, a família expandida é acionada, tem-se aumento de despesas com tratamento médico, bem como, sentimentos de angústia e tristeza da Enfermeira 3, que se questiona sobre o desempenho de seu papel como mãe. Na Família 2, a Filha 2 também se constitui em fonte de estresse para os avós maternos, devido ao fato de só obedecer à Enfermeira 2. No entanto, os vínculos afetivos entre os membros da família não são afetados por estas tensões, pelo contrário, na Família 3 todos apontam o Filho 3 como membro da família que necessita de mais cuidados, evidenciando fortes vínculos afetivos em relação ao mesmo.

Os resultados evidenciam como fontes de apoio os membros da família nuclear e estendida e identificam as principais redes como sendo a própria família, o trabalho, a igreja, a escola e centros de lazer.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermeira que trabalha em Promoção de Saúde tem um importante papel de intermediação dentro da família e entre a família e as redes

de apoio social, motivando, trazendo reforços, validando comportamentos positivos e reconhecendo as fontes de estresse. A própria coleta de dados, através dos instrumentos utilizados neste caso, ofereceu a oportunidade aos participantes de identificarem seus pontos fortes de proteção à saúde e suas vulnerabilidades.

É importante que a família, em conjunto, reconheça seus riscos potenciais e trabalhe criando mecanismos de proteção. O apoio é sempre uma ação recíproca: quem dá também deve receber e, em alguns casos, a retribuição é apenas a satisfação de constatar resultados positivos. Mas, mesmo neste caso, é importante que o receptor se alegre ao proporcionar ao doador a satisfação do resultado. Um dos trabalhos da enfermeira em Promoção de Saúde é fazer o membro mais vulnerável reconhecer que ele é também fonte doadora de apoio e não um receptor passivo. A recepção passiva leva ao esgotamento de ambas as partes.

Com este estudo demonstramos que o profissional que trabalha em saúde, neste caso enfermeira docente, também precisa de auxílios para reconhecer a aplicação prática de categorias importantes do referencial teórico de Promoção da Saúde em Enfermagem, apoio, redes sociais e papéis na família. Mesmo em famílias de poder aquisitivo considerado de bom padrão, há inúmeras barreiras que impedem o acesso a serviços e redes de apoio.

Identificadas as redes sociais, as fontes de apoio e os papéis desempenhados em cada família, será possível traçar um plano de intervenções para promoção de saúde. A identificação leva ao reconhecimento da necessidade de fortalecimento de mecanismos de enfrentamento, reforço a comportamentos saudáveis, redirecionamento de atitudes de risco. Deve-se considerar que o plano de intervenções só será efetivado se for construído da mesma forma que o diagnóstico, isto é, em conjunto com todos os membros da família. O plano deve ser flexível e dinâmico, acompanhando as mudanças e necessidades de cada momento. Em Promoção da Saúde não há intervenções padronizadas ou pré-determinadas. Assim, exige-se da profissional enfermeira que trabalha em Promoção de Saúde um preparo rigoroso no referencial teórico e nas estratégias a serem utilizadas para reconhecer as ações que deve desempenhar e os encaminhamentos necessários para equipes multiprofissionais, quando necessário.

Os papéis desempenhados pelos membros da família têm íntima relação com o que conside-

ram como apoio ou fonte de estresse. O papel de cuidador ou de educador pode ser fonte de apoio ou estresse, quando há manifestação de excesso de zelo ou quando entra em conflito com outro membro da família que exerce o mesmo papel, mas com estratégias diferentes.

O diagnóstico pode ser utilizado para um plano de intervenções a ser efetuado em conjunto com os membros da família, pela própria família ou através de encaminhamentos, quando necessário. A enfermeira que atua deve estar bem preparada teoricamente dentro do referencial de Promoção de Saúde e com experiência prática para atuar. Os profissionais que trabalham em saúde, no caso enfermeiras docentes, precisam de estratégias de acompanhamento para Promoção de Saúde de suas famílias, uma vez que também são vulneráveis aos fatores estressantes.

REFERÊNCIAS

- 1 Secaf V, Rodrigues ARF. Enfermeiros que deixaram de exercer a profissão: por quê? Rev. Latino-Am. Enfermagem 1998 Abr; 6 (2): 5-11.
- 2 Campos EP. Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais de saúde. Petrópolis (RJ): Vozes; 2005.
- 3 Schmidt DRC, Dantas RAS. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2006 Fev; 14 (1): 54-60.
- 4 Marziale MHP, Rozestraten RJA. Turnos alternantes: fadiga mental de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem 1995 Jan; 3 (1): 59-78.
- 5 Murofuse NT, Marziale MHP. Doenças do sistema osteomuscular em trabalhadores de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2005 Jun; 13 (3): 364-73.
- 6 Brant LC, Gomez CM. O sofrimento e seus destinos na gestão do trabalho. Cienc. Saúde Colet. 2005 Dez; 10 (4): 939-52.
- 7 Cherry CJ, Bomar, PJ. Family health promotion and health protection. In: Cherry CJ, Bomar PJ. Promoting health in families: applying family research and theory to nursing practice. 3rd ed. Philadelphia (PA/USA): Saunders; 2004. p.61-89.
- 8 Bomar PJ. Introduction to family health nursing and promoting family health: foundations of nursing care of families in family health promotion. In: Bomar PJ. Promoting health in families: applying family research and theory to nursing practice. 3rd ed. Philadelphia (PA/USA): Saunders; 2004. p.3-37.
- 9 Bullock K. Family social support: foundations of nursing care of families in family health promotion.

- In: Bomar PJ. Promoting health in families: applying family research and theory to nursing practice. Philadelphia (PA/USA): Saunders; 2004. p.143-61.
- 10 Kim-Godwin YS. Family Roles. In: Bomar PJ. Promoting health in families: applying family research and theory to nursing practice Philadelphia (PA/USA): Saunders; 2004. p.117-39.
- 11 Denham SA. Family structure, function, and process. In: Hanson SMH, Gedaly-Duff V, Kaakinen JR. Family Health Care Nursing: theory, practice & research. 3rd ed. Philadelphia (PA/USA): F.A Davis, 2005. p.119-56.
- 12 Nascimento LC, Rocha SMM, Hayes VE. Contribuições do genograma e do ecomapa para estudo de famílias em enfermagem pediátrica. *Texto Contexto Enferm.* 2005 Abr; 14 (2): 280-6.
- 13 Tarko MA, Reed K. Family assessment and intervention: foundations of nursing care of families in family health promotion. In: Bomar PJ. Promoting health in families: applying family research and theory to nursing practice. Philadelphia (PA/USA): Saunders; 2004. p.275-303.
- 14 Quivy R, Campenhoudt LC. Manual de investigação em ciências sociais. 2a ed. Lisboa (PT): Gradiva; 1998.
- 15 Willianms P, Barclay L, Schimied V. Defining social support in context: a necessary step in improving research, intervention, and practice. *Qual. Health Res.* 2004 Sep; 14 (7): 942-60.
- 16 Puschel VAA, Ide CAC, Chaves EC. Modelos clínicos e psicossocial de atenção ao indivíduo e à família na assistência domiciliar: bases conceituais. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2006 Jun; 40 (2): 261-8.