

**UNIVERSIDADE ALTO VALE DO RIO DO PEIXE- UNIARP
CURSO EM ENFERMAGEM**

EMILYN CAROLINE RIBEIRO

**APLICAÇÃO DO MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**CAÇADOR
2018**

EMILYN CAROLINE RIBEIRO

**APLICAÇÃO DO MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como exigência para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem, do Curso de
Enfermagem, ministrado pela Universidade do
Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Sob
Orientação da prof.ª Msc. Dayane Carla Borille

**CAÇADOR
2018**

**APLICAÇÃO DO MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

EMILYN CAROLINE RIBEIRO

Este trabalho de Conclusão de curso foi submetido ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

Bacharel em Enfermagem

E aprovado na sua versão final em 28 de Junho de 2018, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe e Coordenação do Curso de Enfermagem.

Rosemari Santos de Oliveira
Coordenadora do Curso de Enfermagem

Banca examinadora:

Presidente da Banca: Dayane Carla Borille

Banca I Professor: Lorete Braun

Banca II Professora: Regis Fabiano de Oliveira

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida. Aos meus avôs maternos Jaime Ribeiro e Maria Neusa Maciel Ribeiro, especialmente a você vó pelo amor, incentivo e dedicação que recebi da senhora até sua partida junto a Deus. Aos meus pais pelo carinho. À minha família, por sua capacidade de acreditar em mim.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por ter me concebido sabedoria para almejar esta etapa tão importante de minha vida.

À professora Msc. Dayane Carla Borille pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão deste Trabalho de Conclusão de Curso.

A todos os professores do curso, que foram importantes na minha vida acadêmica, repassando todo o conhecimento e dedicação para que pudesse obter o melhor conhecimento e formação. Aos colegas com os qual convivi ao longo desses 4 anos, especialmente a Camila que foi minha amiga, companheira, esteve ao meu lado quando mais precisei, enorme gratidão.

Ao meu namorado pelo carinho, amor, ajuda dedicação e compreensão, apesar da distância entre nós, o qual sempre me incentivou.

Aos meus pais por acreditarem em mim, a dedicação e o amor.

A minha família tenho enorme gratidão, pelo apoio, amor, ajuda e incentivo que para que hoje possa realizar uns dos meus sonhos.

“Aquele que habita no esconderijo do altíssimo, à sombra do onipotente descansará.

Direi do Senhor: Ele é meu Deus, o meu refúgio, a minha fortaleza, e nele confiarei.”

(Salmos 91: 1,2)

RESUMO

Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa, com o como objetivo geral aplicar o Modelo Calgary de Avaliação da Família em uma família, a qual tem dificuldade de acesso à unidade de saúde, e o comprometimento quanto os cuidados de saúde. Foi realizado em uma micro área no bairro de uma cidade no meio oeste de Santa Catarina, na Unidade Básica de Saúde e Estratégia Saúde da Família em que foi aplicado Modelo Calgary de Avaliação de Família (MCAF). Este modelo possui uma estrutura multidimensional fundamentado na teoria dos sistemas, cibernética, comunicação e mudança sendo disposta em três grandes categorias: estrutural, de desenvolvimento e funcional para avaliação das famílias contribuindo assim para melhor planejamento da assistência de enfermagem. Para a seleção da família, buscaram-se informações junto à enfermeira da ESF para que indicasse aquela que vinha apresentando maiores dificuldades para se envolver nos cuidados à saúde. Foram realizadas quatro visitas domiciliares nos meses de fevereiro e março nesta família indicada e pode-se constar que é de classe sócio-econômica baixa possui cinco membros, a principal uma idosa cadeirante com perda da função motora nos membros inferiores, conseqüente a um AVC isquêmico, trabalhou-se somente com três, quais receberam nomes fictícios. Através do MCAF junto ao genograma e ecomapa, identificar as relações, esclarecer o vínculo das práticas de enfermagem quanto à necessidade aos cuidados a saúde, priorizando melhor atendimento e atenção. Desta forma mostra-se, a importância do enfermeiro quanto à assistência, avaliação familiar e identificação dos problemas, em uma família, a qual tem dificuldade de acesso à unidade de saúde, e o comprometimento quanto os cuidados de saúde.

Palavras-Chave: família, enfermagem, cuidado

ABSTRACT

This is a case study with a qualitative approach, with the general objective of applying the Calgary Family Assessment Model to a family which has difficulty accessing the health unit and compromising health care. It was applied in a micro area in the neighborhood of a city in the Midwest of Santa Catarina, in the Basic Unit of Health and Family Health Strategy in which the Calgary Family Assessment Model (MCAF) was applied. This model has a multidimensional structure based on systems theory, cybernetics, communication and change, being arranged in three main categories: structural, developmental and functional to evaluate families, thus contributing to better planning of nursing care. For the selection of the family, information had been got from the ESF's nurse to indicate the one that had been presenting the greatest difficulties to become involved in health care. Four home visits were performed in February and March in this family, and it can be stated that it is a low socioeconomic class with five members, the main one being an elderly woman with a loss of motor function in the lower limbs, as a consequence of an ischemic stroke, but only three of them were interviewed, which were given fictitious names. Through the MCAF together with the genogram and ecomap, it was identified the relationships, clarified the link of nursing practice regarding the need for health care, prioritizing better care and attention. Thus, the importance of the nurse in terms of care, family assessment and problem identification in a family, which has difficulty accessing the health unit, and the commitment regarding health care is shown.

Keywords: family, nursing, healthcare.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama ramificado do Modelo Calgary de Avaliação da Família	24
Figura 2 - Genograma em branco	26
Figura 3 - Símbolos utilizados nos genograma	27
Figura 4 - Símbolos utilizados nos diagramas de vínculos.....	28
Figura 5 - Ecomapa vínculos afetivos	29
Figura 6 - Genograma da Família	37
Figura 7 - Genograma da família que residem na mesma casa.....	38
Figura 8 - Ecomapa da Família	39
Figura 9 - Genograma de vínculo afetivo	44

LISTA DE SIGLAS

ACS: Agente Comunitário de Saúde

AVC: Acidente Vascular Cerebral

CA: Câncer

ESF: Estratégia da Saúde da Família

IAM: Infarto Agudo do Miocárdio

LOAS: Lei Orgânica de Assistência

MCAF: Modelo Calgary de Avaliação da Família

OMS: Organização Mundial da Saúde

Sra: Senhora

Sr: Senhor

TCLE: Termos de Consentimento Livre e Esclarecimento

UBS: Unidade Básica de Saúde

UNIARP: Universidade Alto Vale do Rio do Peixe

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 DESENVOLVIMENTO	14
2.1 REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1.1 Família.....	14
2.1.2 Processo saúde-doença.....	17
2.1.3 O papel do enfermeiro na família	20
2.1.4 Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF).....	23
2.1.5 Genograma e Ecomapa	25
2.2 METODOLOGIA.....	30
2.2.1 Tipo de pesquisa	30
2.2.2 População/amostra de pesquisa	31
2.2.3 Coleta de dados	32
2.2.4 Instrumentos de pesquisa	32
2.3 APRESENTAÇÃO DOS DADOS E DISCUSSÃO	33
2.3.1 Avaliação estrutural	33
2.3.2 Avaliação de desenvolvimento	40
2.3.3 Avaliação funcional.....	45
3 CONCLUSÃO	52
REFERÊNCIAS	55
APÊNDICES	60
APÊNDICE A - Perguntas a serem feitas a família, mas ao decorrer da entrevista podem surgir outras, conforme o assunto abordado.....	61
APÊNDICE B - Conversar transcritas	64
ANEXOS	87
ANEXO A - Termo de consentimento de pesquisa	88
ANEXOS B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Maiores de Idade	90

1INTRODUÇÃO

A enfermagem de família constitui-se uma área específica no contexto geral da enfermagem que dá ênfase às interações dos elementos da família, numa perspectiva sistêmica dos cuidados. Por isso a intervenção de enfermagem requer utilização de modelos orientadores para essa prática como, por exemplo, o Modelo Calgary de Avaliação de Famílias (MCAF).

Inicialmente é importante fazermos uma reflexão a respeito do conceito de família. Para Cordoba, (2013), família é um conjunto de pessoas com parentesco entre si, que vivam na mesma casa formando um lar, a família tradicional é formada de pai, mãe e filhos, onde o ambiente deve existir harmonia, afeto, proteção e todo o tipo de apoio necessário na resolução de conflitos ou problemas encontrados em alguns dos membros composto. Apesar de pressupostos que este grupo social é definido é possível conceituar família de muitas formas.

Segundo Minuchin (1985, 1988) apud Valle (2009,p.122) a família é um complexo sistema de organização, com crenças, valores e práticas desenvolvidas ligadas diretamente às transformações da sociedade, em busca da melhor adaptação possível para a sobrevivência de seus membros e da instituição como um todo.

Watson e Bell (1996) definem família como um grupo de indivíduos unidos por fortes vínculos emocionais, com o senso de pertencer e a inclinação a participação das vidas uns dos outros. Stuart (1991) apud Wright e Leahey (2009, p.48) conclui que existem cinco atributos para conceito de família:

1. A família é um sistema ou unidade.
2. Seus membros podem ou não ser relacionados, viver ou não juntos.
3. A unidade pode ou não conter crianças.
4. Existe um compromisso e um vínculo afetivo entre os membros da unidade que abrangem obrigações futuras.
5. As funções desta unidade de cuidados consistem em proteção, nutrição e socialização de seus membros.

Para promover o cuidado da família, é necessário que o profissional enfermeiro tenha conhecimento do que se trata falando de família, pois cuidar implica na capacidade de entender adequadamente as necessidades do outro, é necessário ter postura, reflexão sobre o conceito, por essa razão é preciso saber ouvir, respeitar e mostrar atenção. O profissional pode planejar a assistência, tomar

decisões relacionadas com a saúde e a doenças dos membros (OLIVEIRA; MARCON, 2007).

O processo saúde- doença pode ser definido como processo biológico de desgastes e reprodução, como consequência para o desenvolvimento regular das atividades cotidianas, isto é o surgimento da doença (CORDOBA, 2013).

É possível dizer que todo ser humano está sujeito a adoecer com maior ou menor frequência, de acordo com fatores determinantes e condicionantes que devem ser identificados pelos enfermeiros, no sentido de promover e proteger a saúde e prevenir os agravos.

O enfermeiro tende trabalhar com os conflitos que irá encontrar, portanto é sua responsabilidade elaborar planos de ações de intervenção em família com intuito de promover a saúde.

Neste sentido o Modelo Calgary de Avaliação da Família é uma estrutura organizada para conceitualização do relacionamento entre família e que auxilia enfermeiros a realizar as ações de intervenção de cuidado (WRIGHT; LEAHEY, 2009).

Por ser um método pouco utilizado em nossa região de atuação, e motivado pela curiosidade de como essa metodologia pode ser aplicada no dia a dia dos enfermeiros, é que surgiu o questionamento: como avaliar uma Família, inserida na ESF, utilizando o MCAF?

O Modelo Calgary de Avaliação da Família é um instrumento que pode auxiliar enfermeiros a conhecer mais profundamente as famílias, a compreender as relações existentes entre o funcionamento dos membros da família, a entender os conflitos familiares e a encontrar na família seus pontos positivos e negativos para a promoção a saúde. Desde modo, o enfermeiro pode melhor planejar sua assistência, em busca de mudanças que possam contribuir para uma intervenção mais efetiva da enfermagem.

Além disso, o Modelo Calgary de Avaliação da Família oportuniza conhecimento para entender como as famílias se relacionam como é o vínculo afetivo entre seus membros, qual é a definição de família para eles, as pessoas mais vulneráveis deste grupo, os agravos recorrentes para realizar os diagnósticos e planejar assistência de enfermagem para esta família.

Cabe principalmente ao enfermeiro de atenção básica essa compreensão da dinâmica familiar, para fazer o planejamento das intervenções em saúde. Por isso

optou-se pela aplicação do modelo em uma família referenciada por uma Estratégia da Saúde da Família (ESF).

A pesquisa teve como objetivo geral aplicar o Modelo Calgary de Avaliação da Família em uma família, a qual tem dificuldade de acesso à unidade de saúde, e o comprometimento quanto os cuidados de saúde, e como Objetivos Específicos: Demonstrar que o Modelo Calgary de Avaliação da Família possibilita obter uma visão significativa em uma família com as condições de vida no processo saúde-doença; Envolver a família nos cuidados de saúde com assistência.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1.1 Família

A família se define em um conjunto de normas, práticas, valores, afeto e sentimentos de diferentes tipos, e tem seu lugar, seu tempo e uma história (BIROLI, 2014).

A família representa o espaço de socialização, de busca coletiva de estratégias de sobrevivência, local para o exercício da cidadania, possibilidade para o desenvolvimento individual e grupal de seus membros, independentemente dos arranjos apresentados ou das novas estruturas que vêm se formando. Sua dinâmica é própria, afetada tanto pelo desenvolvimento de seu ciclo vital, como pelas políticas econômicas e sociais (CATER E MCGOLDRICK apud VALLE, 2009, p. 121-122).

No conceito de família Kaakinen et al., (2010) apud Potter (2013), o termo família traz a mente a imagem de adultos e crianças morando juntos de maneira satisfatória e harmônica, as famílias representam mais que um conjunto de indivíduos, e uma família é mais que a soma destes membros individuais, são tão diversas quanto os indivíduos que as compõem.

Segundo Potter et al., (2013), a família é definida biologicamente, legalmente ou como uma rede social construída pessoalmente por laços e ideologias. As famílias incluem pessoas relacionadas com casamentos, nascimento ou adoção. Para outros, tias, tios, amigos próximos, pessoas que coabitam e até animais de estimação fazem parte da família. Suas crenças pessoais não precisam ser a mesma entre si. As famílias depõem de muitas conformações e diversas orientações culturais e éticas, mais ainda nenhuma é igual á outra, cada uma possui sua própria força, fraqueza, recursos e desafios.

A noção de família pode estar profundamente ligada a afetos e sentimentos, de diferentes tipos. As experiências que temos das relações familiares são singulares, íntimas e fundamentais para percepção de quem somos, isto é, para as nossas identidades. Mas falar em família é falar de uma realidade social e institucional, profundamente política tanto nos fatores que a condicionam quanto em seus desdobramentos (BIROLI, 2014, p.7).

O sistema familiar muda à medida que a sociedade muda, e todos os seus membros podem ser afetados, fazendo com que ela se modifique com a finalidade de assegurar a continuidade e o crescimento psicossocial de seus membros (VALLE, 2009).

Podemos compreender, com base em Potter et al., (2013) que a família é a instituição central da sociedade. No entanto, o conceito, a estrutura e o funcionamento da unidade familiar continuam mudando ao longo do tempo. As famílias enfrentam muitos desafios, incluindo os desafios da saúde e da doença, os atributos da família como durabilidade, resiliência e diversidade, ajudam as famílias a se adaptarem aos desafios.

Durabilidade familiar é o termo para definir o sistema intrafamiliar de apoio a estrutura que se estende além das paredes da casa, mudanças de estilos de vida, a família transcende longos períodos e inevitáveis mudanças de estilo de vida.

Resiliência familiar é a capacidade que a família tem de enfrentar os estressores inesperados, a adaptação da família as mudanças de papéis e de estruturas, marcos de desenvolvimento e crises.

Diversidade familiar é a singularidade de cada família, cada pessoa dentro de uma unidade familiar possui necessidades específicas força e consideração de desenvolvimentos importantes.

Esse reconhecimento não significa aceitação dos modelos diversos existentes, mas que a sociedade sabe que os modelos existem e estão presentes em diversos tipos de contextos (OLIVEIRA, 2009, p.28).

Conforme Potter et al., (2013, p. 122):

Os tipos de famílias são padrões de pessoas consideradas pelos membros da família a serem incluídos nelas. Apesar de todas as famílias apresentarem algo em comum, cada formação familiar apresenta problemas únicos. É importante manter a mente aberta a respeito do que estrutura uma família, assim você não irá omitir fontes e preocupações potenciais.

Nesse sentido, ressaltamos que temos alguns tipos de família como cita o autor Potter et al., (2013, p. 123):

Família Nuclear: é formada pelo marido e pela esposa, talvez um ou mais filhos.

Família Estendida: a família que inclui os parentes, tias, tios, avós, e primos, que se somam a família nuclear.

Família Monoparental: é formada quando um dos pais separa-se da família nuclear em razão de morte, divórcio ou abandono, ou quando uma pessoa decide ter ou adotar um filho sozinho.

Família Mista: é formada quando os pais trazem filhos de diferentes relacionamentos prévios ou adotivos para morarem juntos em uma situação nova.

Família Alternativa: os relacionamentos incluem lares com mitos adultos, família sem continuidade gerencial, avós cuidando dos netos, grupo comunitário com crianças (não famílias), adultos vivendo sozinhos, parceiros vivendo juntos e casais homossuais.

É importante ressaltar também que se tem discutido e refletido sobre a importância da família na construção de pessoas saudáveis e maduras que nos levam a pensar como uma família pode criar indivíduos funcionais e quando é que ela falha nessa tarefa. Na compreensão relacional sistêmica funcional é um comportamento ou um fato que possibilita aprendizagens, crescimento e movimento, se avaliarmos uma estrutura familiar só sob o ângulo dessa definição de funcional já podemos enxergar como e quando uma família está sendo funcional ou disfuncional na criação dos seus membros, e todos os parâmetros devem ser ajustados à realidade de cada família específica. No entanto, de uma forma geral, existem alguns itens que são importantes na estruturação de uma família que auxiliem seus membros a serem mais funcionais - que aprendam, cresçam, sejam autônomos e responsáveis. Certamente, existem famílias que ajudam mais, e outras que ajudam menos seus membros a crescer como pessoas funcionais. Uma família funcional é aquela que cumpre suas funções básicas de criação e desenvolvimento dos seus membros de uma forma firme e flexível, adaptada às circunstâncias e aos fatos de cada momento e que ajuda a todos a estarem sempre num processo de tomada de consciência, de aprendizagem e de crescimento (ROSSET, 2011).

Uma das formas de avaliar a funcionalidade de uma família é avaliando as suas fronteiras. Fronteira é um limite virtual que define quem é e quem não é daquele sistema. No caso da família, essa fronteira deve ser nítida, no sentido de definir quais tarefas e funções dos membros da família devem ser desempenhadas por eles, e por outro lado possibilitar intercâmbio, contato e aprendizagens com outras pessoas de outras famílias ou da família extensa. Quando as fronteiras dentro da família (casal, filhos, pais) não são bem definidas, é comum ter um filho ocupando uma tarefa ou uma função que não deveria ser sua. Com isso, ele tem seu desenvolvimento perturbado; seu crescimento é impedido; a passagem das etapas, a mudança de funções, a capacidade de exercer atividades criativas ficam alteradas. Por exemplo, uma criança que esteja demasiadamente engajada e comprometida com seus pais, que sejam incapazes de ter suficiente intimidade entre si, está cumprindo funções antinaturais, e seu lugar como filho encontra-se mal definido. Isso vai, no futuro, dificultar que ela se liberte e organize sua vida amorosa, afetiva e sexual, que construa sua própria

família. No caso de haver uma não-separação dentro da família e um fechamento com relação ao mundo externo, a família aprisiona seus membros, sem possibilitar o desenvolvimento da autonomia (ROSSET, 2011, p.1).

Para uma abordagem mais sistêmica, a família é entendida como um conjunto de relacionamentos que influenciam um a vida do outro, tendo ou não laços biológicos reais ou legais (POTTER et al., 2013).

2.1.2 Processo saúde-doença

O processo saúde-doença pode ser definido como:

Modo específico pelo qual ocorre, nos grupos, o processo biológico de desgaste e reprodução, destacando como momentos particulares a presença de um funcionamento biológico diferente, com consequência para o desenvolvimento regular das atividades cotidianas, isto é, o surgimento da doença (LAURELL, 1989 apud CORDOBA, 2013,p.41).

A maior parte dos indivíduos e sociedade considerava a boa saúde ou o bem-estar como sendo o oposto da ausência entre saúde e doenças, esta atitude simples ignorava os estados de saúde entre a doença e a boa saúde (POTTER et al., 2013).

Muito se tem escrito sobre o Processo Saúde - Doença, no entanto um novo instrumento intelectual, para a apreensão da saúde e da doença deve levar em conta a distinção entre a doença, tal como definida pelo sistema da assistência à saúde – e a saúde, tal como percebida pelos indivíduos. Também, deve incluir a dimensão do bem-estar, um conceito maior, no qual contribui da saúde não é a única e nem a mais importante. O sofrimento experimentado pelas pessoas, suas famílias e grupos sociais não corresponde necessariamente á concepção de doença que orienta os provedores da assistência, como os profissionais da Estratégia Saúde da Família (VIANNA, 2017, p.78).

O modelo pelo qual a saúde é percebida depende de como ela é definida, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006 apud BRUNNER; SUDDARTH, 2011) define saúde como “o complemento estado do bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença e enfermidade”.

Na opinião de Potteret al., (2013, p. 70), “definir saúde é difícil, muitos outros aspectos da saúde devem ser considerados. Saúde é um estado que as pessoas definem em relação a seus próprios valores, personalidade e estilos de vida”.

Pender, Murdaugh e Persons (2011apud POTTER et al.,2013, p. 70) definiram saúde como:

[...] a atualização do potencial humano inerente e adquirido por meio de comportamento direcionado por metas, autocuidado competente e relacionamentos satisfatório com outros, enquanto são realizados ajustes conforme necessário para manter a integridade estrutural e a harmonia com o ambiente. O ponto de vista de cada indivíduo a cerca da saúde varia entre diferentes faixas etárias, gênero, raças e culturas, todas as pessoas livres de doenças não são saudáveis da mesma maneira, As visões de saúde se ampliaram para incluir o bem-estar mental, social e espiritual e o foco sobre saúde nos níveis familiares e da comunidade.

A doença não é um processo que pode ser compreendido apenas por meio das medições fisiopatológicas, pois quem estabelece o estado da doença é o sofrimento, a dor, o prazer, enfim os valores e sentimentos expressos pelo corpo subjetivo que adocece assim causam mudanças e agravos na saúde e qualidade de vida(VIANNA, 2017).

A doença não é mais que um constructo que guarda relação com o sofrimento, com o mal, mas não lhe corresponde integralmente. Quadros clínicos semelhantes, ou seja, com os mesmos parâmetros biológicos, prognóstico e implicações para o tratamento, podem afetar pessoas diferentes de forma distinta, resultado em diferentes manifestações de sintomas e desconforto, com comprometimento diferenciado de suas habilidades de atuar em sociedade. O conhecimento clínico pretende balizar a aplicação apropriada do conhecimento e da tecnologia, o que implica que seja formulado nesses termos. No entanto, do ponto de vista do bem-estar individual e do desempenho social, a percepção individual sobre saúde (EVANS, 1990 apud VIANNA, 2017, p. 76).

Na opinião deVianna (2017,p.77)nessa dimensão, a saúde torna-se a capacidade que o ser humano tem de gastar, consumir a própria vida. “Entretanto, é importante destacar que a vida não admite a reversibilidade, ela aceita apenas reparações”.

Para a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (2016, p.1):

O conceito de saúde vai além da mera ausência de doenças. Na verdade, só é possível ter saúde quando há um completo bem-estar físico, mental e social de uma pessoa. Diversos fatores podem colocar em risco a saúde mental dos indivíduos; entre eles, rápidas mudanças sociais, condições de trabalho estressantes, discriminação de gênero, exclusão social, estilo de vida não saudável, violência e violação dos direitos humanos.

Na opinião de Costa e Miranda (2008, p. 122):

Sistema Único de Saúde – SUS, através de seus princípios defendidos constitucionalmente, vem tentando viabilizar uma maior aproximação dos serviços com os indivíduos, planejando um atendimento mais humanizado, resolutivo, que contemple a promoção da saúde, a prevenção e a recuperação dos agravos. Ou seja, vem trazendo em seu arcabouço a necessidade imediata de mudança na forma de entender, de trabalhar e de avaliar os serviços assistenciais de saúde, numa perspectiva de conceber ações integrais com capacidade de resposta às necessidades de saúde da população.

Para Berlinguer, Brêtas e Gamba (2006) apud Vianna (2012, p.6):

A saúde é silenciosa: geralmente não a percebemos em sua plenitude; na maior parte das vezes, apenas a identificamos quando adoecemos. É uma experiência de vida, vivenciada no âmago do corpo individual. Ouvir o próprio corpo é uma boa estratégia para assegurar a saúde com qualidade, pois não existe um limite preciso entre a saúde e a doença, mas uma relação de reciprocidade entre ambas; entre a normalidade e a patologia, na qual “os mesmos fatores que permitem ao homem viver (alimento, água, ar, clima, habitação, trabalho, tecnologia, relações familiares e sociais) podem causar doença, se agem com determinada intensidade, se pesam em excesso ou faltam, se agem sem controle”. Essa relação é demarcada pela forma de vida dos seres humanos, pelos determinantes biológicos, psicológicos e sociais. Tal constatação nos remete à reflexão de o processo saúde-doença-adoecimento ocorrer de maneira desigual entre os indivíduos, as classes e os povos, recebendo influência direta do local que os seres ocupam na sociedade.

Nesse sentido, ressaltamos que muito se tem escrito sobre o processo saúde-doença, no entanto um novo instrumento intelectual para a apreensão da saúde e da doença deve levar em conta a distinção entre a doença, tal como definida pelo sistema da assistência à saúde, e a saúde, tal como percebida pelos indivíduos. Ademais, deve incluir a dimensão do bem-estar, um conceito ainda mais amplo, no qual a contribuição da saúde não é a única e nem a mais importante. O sofrimento experimentado pelas pessoas, suas famílias e grupos sociais não corresponde necessariamente à concepção de doença que orienta os provedores da assistência, como os profissionais da Estratégia Saúde da Família (VIANNA, 2012).

Para Gadamer apud Vianna (2017, p.78) É necessário, pois, analisar:

[...] saúde e doença não são duas faces de uma mesma moeda. De fato, se considerarmos um sistema de saúde, por exemplo, o SUS, é possível verificar que as ações voltadas para o diagnóstico e o tratamento das doenças são apenas duas das suas atividades. Inclusão social, promoção de equidade ou de visibilidade e cidadania são consideradas ações de

saúde. O entendimento da saúde como um dispositivo social relativamente autônomo em relação à idéia de doença, assim como as repercussões que esse novo entendimento traz para a vida social e para as práticas cotidianas em geral e dos serviços de saúde em particular, abrem novas possibilidades na concepção do processo saúde-doença.

Nesse sentido, Silva et al., (2009) ressalta-se que a abordagem do processo saúde-doença relaciona-se intrinsecamente ao acesso que as famílias têm às necessidades vitais, como as condições de moradia, e deve ser pautado no princípio de vigilância à saúde, ou seja, na detecção precoce de pontos críticos que evidenciam as necessidades de saúde.

“Dessa maneira, o processo saúde-doença está diretamente atrelado à forma como o ser humano, no decorrer de sua existência, foi se apropriando da natureza para transformá-la, buscando o atendimento às suas necessidades” (GUALDA; BERGAMASCO, 2004 apud VIANNA, 2012, p. 9).

2.1.3 O papel do enfermeiro na família

Segundo Potter et al., (2013) a enfermagem cuida do paciente e de sua família, ela é responsável pela compreensão das dinâmicas da família, o que inclui composição familiar, estrutura, funcionamento, capacidade de resolução de problemas e de enfrentamento. Utiliza este conhecimento para construir as forças e os recursos dos membros da família, a meta para o cuidado da família é: promover, apoio, oferecer o bem-estar e a saúde a família.

O objetivo do profissional enfermeiro é dar assistência e auxiliar a família a sanar, se for possível, as suas perturbações interacionais, a enfrentar problemas. O foco do cuidado, portanto deve estar em ajudar e em capacitar a família, de forma que ela possa atender às necessidades de seus membros, especialmente em relação ao processo saúde – doença, mobilizando recursos, promovendo apoio mútuo e crescimento (OLIVEIRA; MARCON, 2007).

É importante compreender que apesar da enfermagem ser capaz de fazer distinções teóricas e prática entre família como contexto e família como paciente, essas definições, necessariamente, não são mutuamente exclusivas. Quando se cuida da família como um sistema, a enfermagem está cuidando de cada membro da família (família como contexto) e da unidade família (família do paciente), usando todos os recursos ambientais, sociais, psicológico e comunitário (POTTER et al., 2013, p. 128).

Neste sentido, cabe à enfermagem “o papel de intervir, com a finalidade de promover a autonomia de cuidados, considerando a individualidade, as crenças e valores, visando capacitá-los para sua independência”(CECILIO;SANTOS; MARCON, 2014, p. 537).

Para auxiliar o enfermeiro no planejamento das ações com as famílias, alguns instrumentos podem ser utilizados, entre eles, o Modelo Calgary de Avaliação de Família (MCAF).

O papel do enfermeiro em saúde da família implica em relacionar todos os fatores sociais, econômicos, culturais, etc, apresentados e não apenas em lidar com as situações de saúde e doença da família, mas também interagir com situações que apoiem a integridade familiar (ANGELO; BOUSSO, 2001 apud WEIRICH; TAVARES; SILVA, 2004, p.1).

Na opinião de Shamian (2014, p.869) “a enfermagem tem o seu papel na saúde e/ou nos cuidados de saúde, torna-se claro que a definição da profissão ainda está evoluindo”.

Acreditamos que é responsabilidade da enfermeira facilitar a mudança em colaboração com cada família. Facilitar a mudança não pressupõe a possibilidade de a enfermeira prever o resultado, nem que deva investir em um resultado específico. No entanto, existe uma clara diferença entre facilitar a mudança e ser hábil em perceber o que deve mudar na família. Acreditamos que as famílias têm suas habilidades em relação às próprias experiências sobre saúde, doença e incapacidades, ao passo que as enfermeiras são especializadas em idéias sobre promoção de saúde e tratamento da doença ou incapacidade grave (WRIGHT; LEAHEY, 2009, p.38).

É importante ressaltar que o cuidado é considerado como o objeto e a essência da enfermagem, pois essa profissão envolve vários saberes, entre eles, o saber afetivo - a arte de cuidar. Sabendo que o processo de cuidar relaciona-se com atos diferenciados, as intervenções realizadas pelo enfermeiro se caracterizam como cuidado no momento em que comportamentos de cuidar sejam exibidos, tais como o respeito, a gentileza, a atenção, a solidariedade e o interesse (ACIOLI et al., 2014).

A enfermagem, para trabalhar com família, utiliza referenciais teóricos tais como enfermagem familiar ou Family Nursing, que aborda conceitos como comunicação, espiritualidade, religião, papéis, rede e apoio social, entre outros, que ajudam a compreendê-la. Alguns autores correlacionam enfermagem familiar com promoção de saúde, objetivando estudar famílias com a proposta de aprimorar sua qualidade de vida, utilizando este conjunto

de conceitos entrelaçados para construir uma representação da família que possibilite ao pesquisador aproximar-se do empírico (MILIONI et al., 2011, p.651).

“O envolvimento da enfermagem com a família é ponto fundamental para o planejamento do cuidado, quanto mais completa a coleta de informação, mais eficiente é a avaliação da família para o planejamento do cuidado” (MILIONI et al., 2011, p.653).

Em função disso de vez em quando, as enfermeiras precisam avaliar o seu nível ou grau de responsabilidade no tratamento. O nível de responsabilidade será desproporcional caso a enfermeira se sinta mais interessada, mais preocupada ou mais responsável pelos problemas apresentados do que com a própria família. A resposta contrária pode ser o desinteresse que implica falta de preocupação ou responsabilidade da enfermeira em facilitar a mudança dentro de uma família. Esses dois extremos de respostas são os indicadores para a obtenção de supervisão clínica (WRIGHT; LEAHEY, 2009).

Segundo Wright e Leva (1992) apud Wright e Leahey (2009, p.39):

A quantidade de mudanças que as enfermeiras esperam poder facilitar durante seu trabalho com a família depende de suas próprias competências, contexto do tratamento e resposta da família. Elas precisam conscientizar-se de não serem agentes modificadores; elas não podem mudar ninguém.

Maturana e Varela (1992) apud Wright e Leahey (2009, p.39) “nas suas palavras diz que as mudanças nos membros da família são determinados por suas próprias estruturas biopsicossociais-espirituais, e não pelas dos outros”.

A enfermagem, portanto, começa a aprender segundo Patrício (1990) apud Marcon e Elsen (1999, p.21) “que assistir é muito mais do que curar: é cuidar, mesmo que não objetive a cura ou leve a ela”.

“Portanto é responsabilidade da enfermeira facilitar o contexto para a mudança” (WRIGHT; LEAHEY, 2009, p.39).

“A enfermagem, como profissão da saúde, tem procurado fundamentar-se para uma atuação prática com famílias na promoção da saúde” (DIAS et al., 2007, p.689).

2.1.4 Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF)

O Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF) é um modelo que permite avaliar a família, trabalhar com ela, a fim de ajudar a resolver os problemas. “É uma estrutura multidimensional, integrada, baseada nos fundamentos teóricos de sistemas, cibernética, comunicação e mudanças, e influência pelo pós-modernismo e pela biologia de cognição” (WRIGHT; LEAHEY, 2009,p.45).

Contudo, ressalta Wright; Leahey(2009, p.46) que:

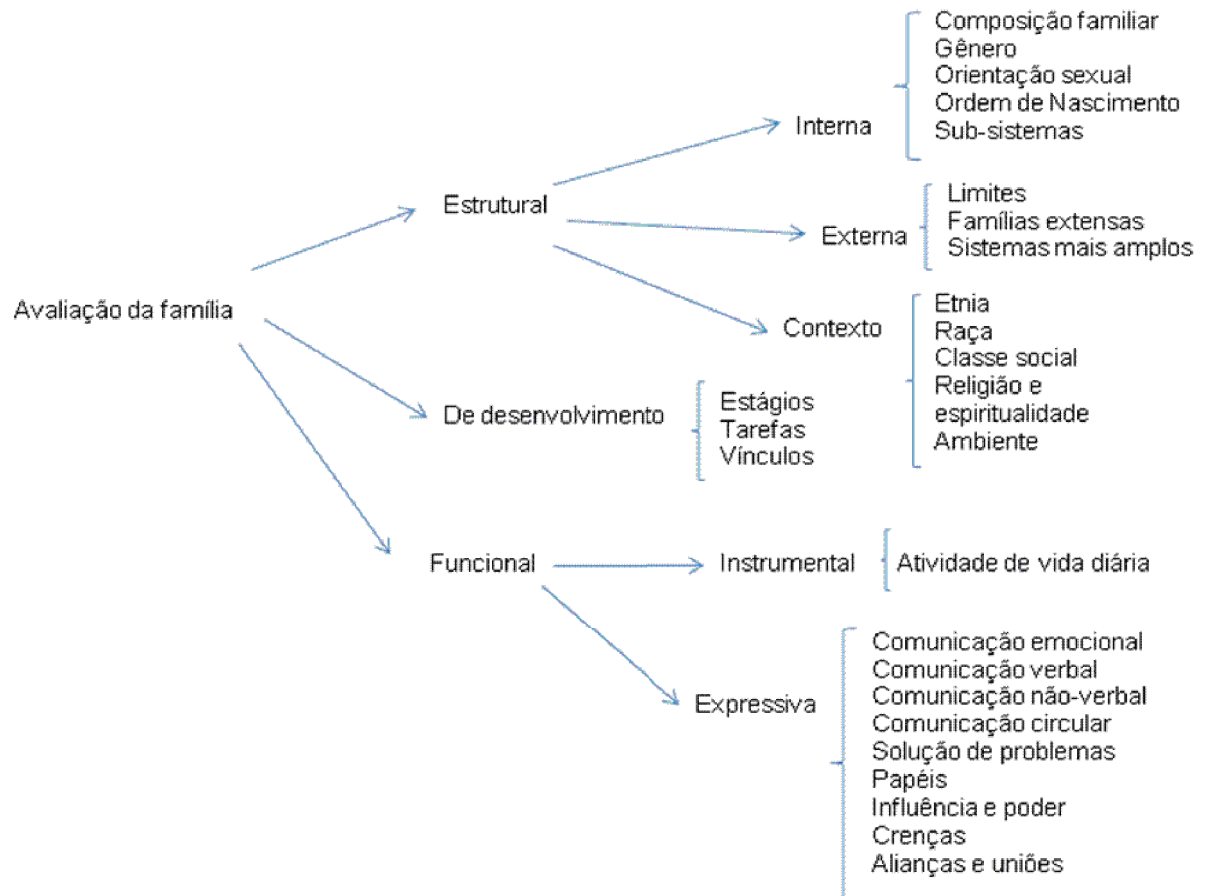
[...]é também útil para as enfermeiras distinguir se estão utilizando o MCAF como um modelo para avaliar uma família ou como uma estrutura organizada para o trabalho clínico com uma família específica para ajudá-la a abordar uma questão de saúde. Da mesma forma pesquisadores que buscam avaliar famílias consideram um modelo útil. Quando apresentem sobre o MCAF, estudantes e enfermeiras novatas no trabalho com famílias provavelmente o consideram um modelo útil para avaliação direta das famílias. Esse modelo envolve fazer perguntas à família sobre ela mesma com o propósito expresso de ganhar um rápido flash sobre sua estrutura, desenvolvimento e funcionamento em um momento de tempo.

Segundo Silva, Bousso e Galera (2009) esse modelo baseia-se em um fundamento teórico que envolve não somente no conceito de sistemas, mas também a cibernética que é a ciência da teoria da comunicação e controle, onde a comunicação e o controle têm sendo construindo por três categorias principais que são:

1. Estrutural
2. De desenvolvimento
3. Funcional

Cada categoria contém várias subcategorias. É importante o enfermeiro avaliar e decidir quais as subcategorias a qual irá usar para explorar e avaliar junto à família, cada momento e tempo. Mas não é preciso avaliar todas as subcategorias na primeira reunião ou encontro com a família, e outras subcategorias nunca precisarão ser avaliadas. É útil conceituar as três categorias de avaliação a estrutural, de desenvolvimento e funcional entre outras subcategorias como o diagrama ramificado irá mostrar abaixo na Figura 1.

Figura 1 - Diagrama ramificado do Modelo Calgary de Avaliação da Família



Fonte: (WRIGHT; LEAHEY, 2009).

Quando o enfermeiro utiliza as subcategorias constantes do lado direito do diagrama ramificado e contém a coleta o número de dados microscópicos, é importante que estejam aptas a se deslocar para cima para baixo no diagrama, a fim de reunirem todas as informações relevantes em uma avaliação integrada assim ajudando o enfermeiro a trabalhar com situações e familiares mais complexos (WRIGHT; LEAHEY, 2009).

Ao avaliar a família, é preciso que a enfermeira examine sua estrutura, ou seja, quem faz parte dela, qual é o vínculo afetivo entre seus membros em comparação com os indivíduos de qual fora e qual é seu contexto:

De acordo com Silva, Bousso e Galera (2009, p. 531), apresenta as seguintes categorias:

Categoria estrutural: Compreende a estrutura da família, ou seja, quem faz parte dela, qual é o vínculo afetivo entre seus membros em comparação com os indivíduos de fora e qual seu contexto. Três aspectos da estrutura

familiar podem ser examinada prontamente: elementos internos (composição da família, gênero, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas e limites), elementos externos (família extensa e sistemas mais amplos) e contexto (etnia, raça, classe social, religião e ambiente).

Categoria de desenvolvimento: Refere-se à transformação progressiva da história familiar durante as fases do ciclo da vida: sua história, curso de vida, o crescimento da família, o nascimento, a morte.

Categoria funcional: Refere-se transformação ao modo como os indivíduos da família do interagem. Podem ser explorados dois aspectos o funcionamento instrumental, que se refere às atividades da vida cotidiana, e o funcionamento expressivo, que diz respeito aos estilos de comunicação, solução de problemas, papéis, crenças, regras e alianças.

Como referencial metodológico, foi utilizado o MCAF e suas três categorias principais, avaliação estrutural que diz respeito à composição da família, os vínculos afetivos entre seus membros em comparação com os indivíduos de fora e o seu contexto, constituída por três aspectos: estrutura interna, estrutura externa e contexto, avaliação funcional diz respeito aos detalhes sobre como os indivíduos se comportam uns com os outros, baseando-se no funcionamento instrumental referente às atividades da vida cotidiana e no funcionamento expressivo, que se refere aos papéis familiares, a comunicação, a avaliação desenvolvimental enfatiza a trajetória exclusiva construída por uma família e é modelada por eventos previsíveis e imprevisíveis, tais como doenças, catástrofes e tendências sociais, que implicam em mudanças no funcionamento da família, na sua estrutura e nos seus processos de interação (CECILIO; SANTOS; MARCON, 2014).

2.1.5 Genograma e Ecomapa

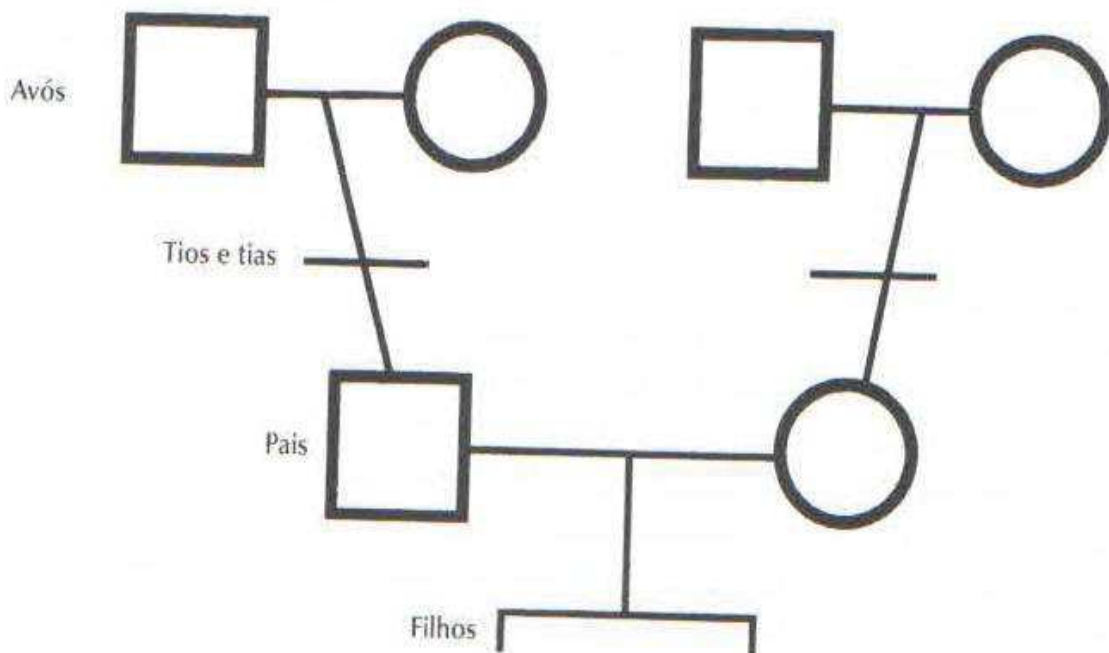
O genograma é um instrumento rotineiramente utilizado por profissionais de diversas áreas, principalmente na compreensão de processos familiares. O genograma é uma representação gráfica da composição familiar e dos relacionamentos básicos em pelo menos três gerações, elaborada por meios de símbolos, e permite uma forma rápida e clara de visualizar quais são os membros que constituem a família, tenham eles vínculos consanguíneos ou não, além de retratar o lugar ocupado por cada um dentro da estrutura familiar (NASCIMETO et al., 2014).

O genograma é a elaboração da árvore da família, uma prática antiga que vem, recentemente, sendo usado como uma técnica de avaliação clínica

das famílias. O desenvolvimento do genograma envolve um processo complexo, no qual a entrevista é uma parte significativa e a comunicação que ocorre entre o profissional e a família pode ser entendida como um processo envolvendo interação social, recuperação de memória e desenvolvimento próprio (MELLO et al., 2005, p.81).

Segundo Wright e Leahey (2009) o genograma quando colocado em gráficos de pacientes, atuam como aviso para os enfermeiros pensarem na família, instrumento de participação, e útil para ser aplicado na primeira reunião com a família. Oferecem riscos dados sobre relacionamentos ao longo do tempo, e também pode incluir dados sobre saúde, ocupação, religião, etnia emigrações, o esboço do genograma tente a seguir gráficos convencionais genéticos e genealógicos, é uma árvore familiar representando a estrutura familiar interna, prática comum que inclui pelo menos três gerações, os membros da família são colocados na horizontal que significam linhagens da geração. O exemplo o qual podemos mostrar é um casamento ou relacionamento é denotado por uma linha horizontal, os filhos denotados por linhas verticais e ordem de nascimento da direita para a esquerda por ordem de nascimento a partir do filho mais velho, como irá mostrar a figura abaixo 2.

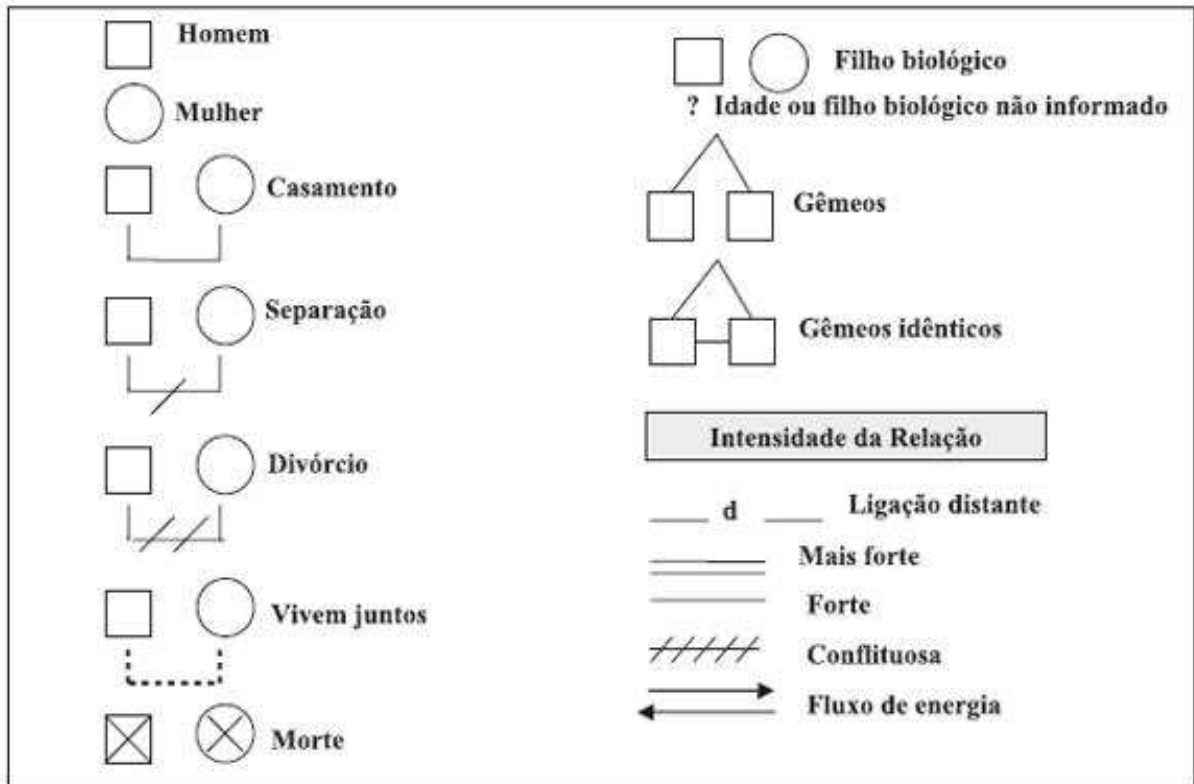
Figura 2 - Genograma em branco



Fonte: (WRIGHT; LEAHEY, 2009).

Alguns autores como Mcgolrick, Gelson e Shellenberger (1999) apud Wright e Leahey (2009, p. 66), “diferem ligeiramente nos símbolos que utilizam para denotar detalhes do genograma”, entretanto os símbolos como irá mostrar na figura 3.

Figura 3 - Símbolos utilizados nos genograma

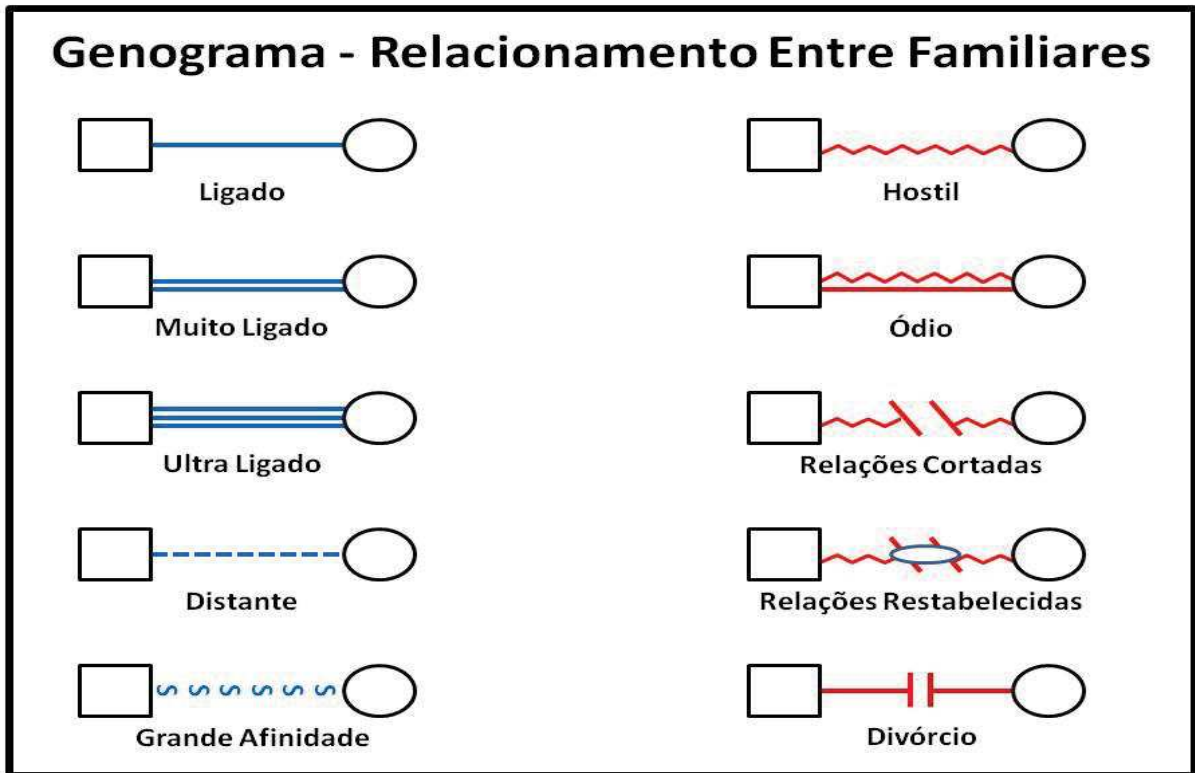


Fonte: adaptado de Wright; Leahey (2002).

Fonte: (LESCURA et al., 2012).

Ao utilizar o genograma na entrevista, a enfermeira convida a família informando que eles terão uma conversa, para que ela possa ter uma visão geral de quem está na família e de sua situação. A enfermeira pode então discernir as estruturas familiares internas e externas, bem como obtém uma compreensão da composição e vínculo da família. Na categoria de desenvolvimento do modelo, discute o estágio do ciclo de vida da família, na tentativa de enfatizar e a variabilidade do desenvolvimento da família, discutimos seis tipos de amostras familiares de ciclo de vida vitais da família como mostra a figura abaixo 4 (WRIGHT; LEAHEY, 2009).

Figura 4 - Símbolos utilizados nos diagramas de vínculos



Fonte: (FERREIRA, 2011).

“Como no genograma o valor primário do ecomapa é o impacto visual. “O objetivo do ecomapa é representar os relacionamentos dos membros da família com um sistema mais amplo” (WRIGHT; LEAHEY, 2009, p. 74).

O ecomapa é um diagrama das relações entre a família e a comunidade e auxilia na avaliação dos apoios disponíveis e a sua utilização pela família. Pode representar a presença ou a ausência de recursos sociais, culturais e econômicos, sendo o retrato de um determinado momento na vida dos membros da família e, portanto, é dinâmico. Esses instrumentos foram elaborados por terapeutas familiares e têm sido utilizado por diversas profissões da área da saúde, entre elas enfermagem (NASCIMENTO et al., 2014, p.2012).

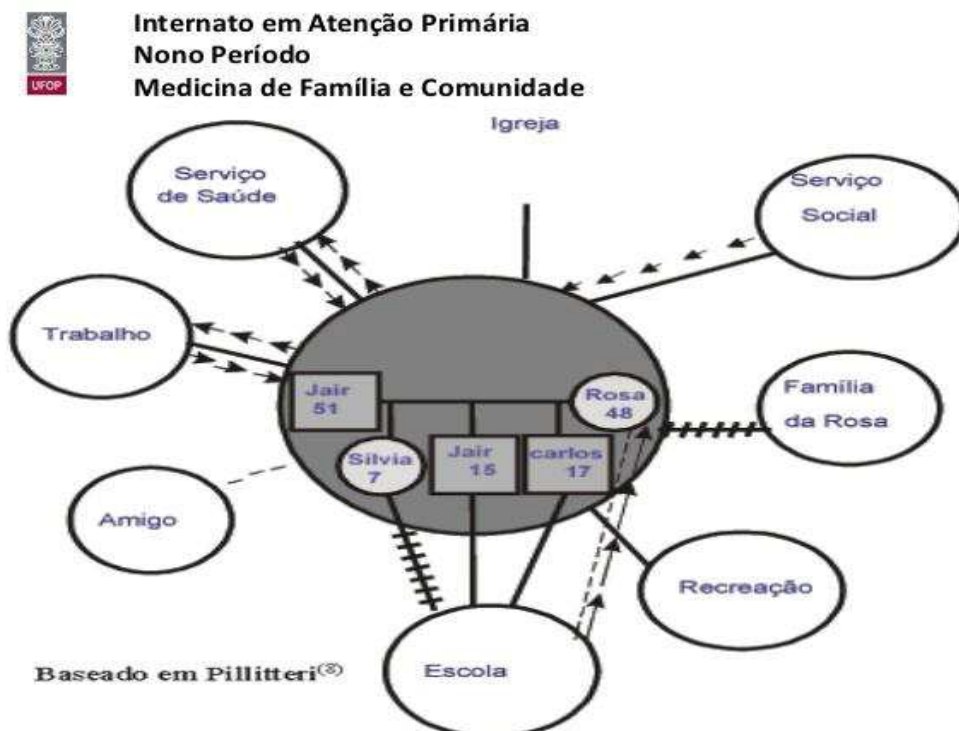
Segundo Hartman (1918) apud Wright e Leahey (2009) o ecomapa representa a visão geral da situação da família; retrata as relações importantes de educação ou aquelas oprimidas por conflitos entre famílias, demonstra o fluxo ou a falta de educação de recursos e as privações, o procedimento do mapeamento delinea a natureza das interfaces e pontos de intermediações, pontes a construir e recursos a serem buscados, e mobilizados para conflitos.

Concordamos com a afirmativa de Hodge (2000) apud Wright e Leahey (2009, p.74)de que:

“Concentra-se nos sistemas atuais que afetam o funcionamento da família, é dada a mensagem de que os déficits intergerações, não são as áreas primárias de preocupação”. Esse foco sobre o presente é uma importante mensagem em nosso clima de cuidados de saúde com base no resultado.

Como no genograma, durante o processo de avaliação, os membros da família podem ter participação ativa no trabalho com o ecomapa, a família central, a que se dá o nome de “família ou casa”. Os círculos não externos representam pessoas, órgão ou instituições no contexto familiar, são desenhadas linhas entre a família e os círculos externos para indicar a natureza do vínculo afetivo existente entre eles, linhas retas indicam forte vínculo, linhas pontilhadas indicam vínculos tênues e linhas cortadas indicam relações estressantes. Quanto maior a linha, o vínculo afetivo e mais forte, as setas podem ser desenhadas ao longo das linhas para indicar o fluxo de energia e os recursos, podem ser desenhados círculos adicionais, conforme necessário, dependendo do número de contatos significativos que tenham a família um exemplo a figura 5 (WRIGHT; LEAHEY, 2009).

Figura 5 - Ecomapa vínculos afetivos



Fonte: (SAVASSI, 2011).

O genograma é frequentemente associado ao ecomapa. Esses dois instrumentos mostram o desenvolvimento e formato da estrutura da família, fornecem informações sobre o contexto de vida da família. Durante a construção do genograma e do ecomapa, a família é envolvida ativamente, relatando a história de sua origem, as particularidades dos seus membros, os acontecimentos significativos de suas histórias e as condições de saúde da família (MELLO et al., 2005).

Entretanto, o nosso modo de usar o MCAF não é como em pesquisa, mas, ao contrário, de maneira clínica. Depois que a enfermeira se torna experiente com as categorias e subcategorias de MCAF, ela pode usá-lo como uma estrutura de organização clínica para ajudar as famílias a solucionar problemas ou questões (WRIGHT; LEAHEY, 2009, p 47).

Dessa perspectiva a Prática de Enfermagem com os conceitos e dimensões do Modelo Calgary de Avaliação da Família, tendo como base o paradigma sistêmico. Foram especificados os dados a avaliar em cada uma das dimensões do modelo construído e, conseqüentemente, definidas as áreas de atenção no contexto da Enfermagem de Família (FIGUEIREDO; MARTINS, 2010).

A enfermeira lembrando-se dos estágios de desenvolvimento da família com do MCAF, extrairá essa resiliência. A enfermeira fará perguntas e desenvolverá intervenções colaborativas com a família para estimular seu funcionamento durante este episódio de cuidado a saúde (WRIGHT; LEAHEY, 2009, p 47).

A partir dessa reflexão, podemos dizer que as famílias em geral não se apresentam aos profissionais de cuidados de saúde para serem avaliadas. Ao contrário, elas apresentam ou são encontradas por enfermeiras enquanto estão enfrentando uma doença ou procurando assistência para melhorar sua qualidade de vida, o MCAF ajuda a orientar as enfermeiras a ajudar nas famílias (WRIGHT; LEAHEY, 2009).

2.2 METODOLOGIA

2.2.1 Tipo de pesquisa

Adotou-se a metodologia do Estudo de Caso, com abordagem qualitativa. O estudo de caso, leva em consideração, principalmente, a compreensão como um

todo, do assunto investigado. Todos os aspectos do caso são averiguados. Quando o estudo é intensivo, podem até aparecer relações que, de outra forma, não seriam descobertos (FACHIN, 2017).

Richardson (1999, p.90) afirma que a pesquisa qualitativa “pode ser caracterizada como a tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados, em lugar da produção de medidas quantitativas de características ou comportamentos”. Mas para Minayo (2002, p.21-22) a pesquisa qualitativa “responde a questões particulares”.

Em Ciências Sociais, preocupa-se com “um nível de realidade que não pode ser quantificado”(MARCONI; LAKATOS, 2011, p. 271), ou seja, a partir desse levantamento sabemos:

[...]ela trabalha com universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização variáveis (MARCONI; LAKATOS, 2011, p. 271).

Para a coleta de dados foi realizado entrevista é visitas domiciliares, que segundo Marconi e Lakatos (2011, p.280) “a entrevista representa um dos instrumentos básicos para coleta dos dados”.

Trata-se de uma conversa oral, entre duas pessoas, das quais uma delas é entrevistador e a outra o entrevistado. O papel de ambos pode variar de acordo com o tipo de entrevista. Todas elas têm um objetivo, ou seja, a obtenção de informações importantes e de compreender as perspectivas e experiência das pessoas entrevistadas.

2.2.2 População/amostra de pesquisa

Foi realizado em uma micro área no bairro de uma cidade no meio oeste de Santa Catarina, na Unidade Básica de Saúde e Estratégia Saúde da Família, onde se tem a supervisão da enfermeira do ESF.

Para a seleção da família, buscou-se informações junto a enfermeira da ESF para que indicasse aquela que vinha apresentando maiores dificuldades para se envolver nos cuidados à saúde. Essa família é de classe sócio- econômica baixa,

possui cinco membros, a principal uma idosa cadeirante com perda da função motora nos membros inferiores, consequente a um AVC isquêmico.

2.2.3 Coleta de dados

Primeiramente foi solicitada a autorização na Secretaria da Saúde do Município, e à enfermeira da Unidade Básica de Saúde para a realização do estudo de caso. As entrevistas aconteceram na residência da família, no período do primeiro semestre de 2018 nos meses de Fevereiro e Março, com a realização de quatro visitas domiciliares.

Foi explicado os objetivos da pesquisa e das visitas domiciliares, esclarecendo as eventuais dúvidas, após concordância em participar do estudo, foram entregues os termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE) assinado em duas vias, ficando uma para o pesquisador e outra para entrevistado, assim marcada as datas para a coleta de dados e entrevista.

Foram respeitados todos os preceitos éticos quanto ao sigilo e ao anonimato dos sujeitos pesquisados, conforme a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. A coleta de dados foi realizada após a avaliação e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNIARP, pelo protocolo nº 80369217.0.0000.5593.

2.2.4 Instrumentos de pesquisa

Para a coleta de dados, foram realizadas visitas domiciliares para realização das entrevistas baseadas no Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF). Este modelo possui uma estrutura multidimensional fundamentado na teoria dos sistemas, cibernética, comunicação e mudança sendo disposta em três grandes categorias: estrutural, de desenvolvimento e funcional (APÊNDICE A). As entrevistas foram realizadas de forma coletiva a pedido da família, gravadas e transcritas posteriormente (APÊNDICE B). Os dados são apresentados no capítulo a seguir de acordo com elementos do MCAF.

2.3 APRESENTAÇÃO DOS DADOS E DISCUSSÃO

2.3.1 Avaliação estrutural

Na opinião de Wright e Leahey (2009) ao avaliar uma família, é preciso que a enfermeira examine sua estrutura, ou, seja quem faz parte, dela, qual, é o vínculo afetivo, entre seus membros em comparação com os indivíduos de fora e qual é seu contexto.

Na estrutura interna o aspecto abrange seis subcategorias como já se demonstrou na figura 1 do Diagrama Ramificado do Modelo Calgary de Avaliação da Família, mas somente se utilizou três: Composição familiar, gênero, e ordem de nascimento.

“Composição familiar tem muitos significados em razão das muitas definições proposta para família”. Essa subcategoria é um constructo básico, um principio fundamental de organização, base fundamental para todos os seres humanos e como uma premissa individual. Essa subcategoria refere-se à posição dos filho, na família, em relação a idade e ao sexo (WRIGHT; LEAHEY, 2009, p.50).

A família em questão do Estudo é composta por cinco pessoas, sendo dois adolescentes os quais não farão parte da entrevista por serem menor de idade. Foram entrevistadas somente três pessoas, e receberam nomes fictícios, com a finalidade de preservar o anonimato. A senhora com 64 anos de idade (Joana), o ex-esposo da senhora Joana com 70 anos (Pedro), atual esposa do senhor Pedro (Maria) com 36 anos. Conforme figura 6:

Senhora Joana 64 anos nasceu em 11/09/1953, estudou até o quarto ano, recebe um benefício do LOAS, nunca trabalhou fora de casa, aos 15 anos casou-se com Sr. Pedro e com 16 anos já tinha o primeiro filho uma menina. Após um ano e três meses teve o segundo filho um menino, os outros vieram a cada dois anos, tendo um adotivo. Ficou casada com seu Pedro durante dez anos e foi embora, abandonando os filhos com o Pedro, teve outro marido com quem teve mais um filho, não querendo contar mais a história. Os filhos começaram a ficar doentes e Sra. Joana voltou a morar com seu Pedro.

Sr. Pedro 70 anos nasceu dia 18/07/1948, estudou até o quarto ano casou-se com Sra. Joana aos 21 anos. Foi diagnosticado há algum tempo com hipertensão,

IAM, Cardiomegalia e úlcera varicosa nos membros inferiores. Relata que seu pai morreu de câncer de pâncreas, porém não lembra o ano. Relata que sua mãe tem 89 anos, é hipertensa e mora com seu irmão. Há três meses perdeu o benefício e está com uma ação corrente na justiça para se aposentar, pois relata que já fez a contribuição mínima de 16 anos.

Maria 36 anos nasceu em 13/07/1981, estudou até o quarto ano e é hipertensa com diagnóstico á pouco tempo. Seu pai era alcoólatra e faleceu em decorrência de cirrose em 2004. Sua mãe faleceu em decorrência de cirrose e câncer de estômago aos 58 anos no em 2016. Maria relata que já havia sido casada anteriormente e após a separação conheceu Sr. Pedro e logo engravidou dele, relata que trabalhou por muito tempo cuidado de bares na cidade o qual Sr. Pedro era o proprietário. Em 2002 com 23 anos de idade, já estava morando com Sr. Pedro e cuidando da Sra. Joana. Com 25 anos de idade engravidou novamente, de uma menina.

Na composição familiar a enfermeira pode incluir as várias formas de família prevalentes na sociedade de hoje, tais como a família biológica de procriação, família nuclear, que incorpora um ou mais membros da família extensa (família de origem). Ao designar um grupo de pessoas com um termo como “casal”, “família nuclear” ou “família de um só genitor” especificam-se os atributos dos membros, mas essas distinções de agrupamento não parecem ser mais ou menos “família”, em razão da classificação, fortes vínculos emocionais, senso de pertencer e tempo como membros determinam a composição familiar (WRIGHT; LEAHEY, 2009).

Na opinião de Maluf (2010) assim, entendemos que a família sempre desempenhou um papel fundamental na vida do homem, representando a forma pela qual este se relaciona com o meio em que vive. A família pode ser entendida como um grupo social na qual se descobre um laço coesivo entre seus componentes.

O conceito de família se ajusta à medida que a transformações sociais. A família, com a instauração da dignidade da pessoa humana, deixou de ser considerada como núcleo econômico, patrimonial e de reprodução para constituir-se sob a vertente afetiva. Destarte, os grupos familiares, atualmente, devem ser compreendidos pelos laços de afetividade que os une. O conceito moderno de família, qual seja a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa. Vê-

se, portanto, que a família da pós-modernidade é sustentada em laços de afetividade, sendo este sua causa originária e final. A finalidade da família para a sociedade é permitir que seus integrantes desenvolvam de forma plena a sua personalidade para que possa assim, cada qual com sua individualidade, mas alicerçados em elos comuns e indissociáveis – o afeto, atingir a felicidade. (NORONHA; PARRON, 2004).

A formação da família detém grande valor para estabelecer a existência da pessoa nos vínculos sociais, estabelecer a sua forma específica de haver por meio do espaço que este se encarrega no âmbito desta mesma família, determinar sua condição jurídica, beneficiar a auto-aceitação das pessoas e o progresso de sua individualidade. Diante de tal fato, apreciar-se-á os inúmeros tipos de formações familiares que estão se criando durante os últimos anos, inter-relacionando a sua constituição a composição do estado familiar e seu vínculo com a condição conjugal. Desenvolveu a definição de família e os vínculos em meio a seus integrantes, sendo correto que o remoto padrão familiar patriarcal conferiu espaço a modos novos de formação da família mais populares, fundamentados no afeto. Transformando o julgamento do ser humano individual, outros vínculos interpessoais foram estabelecidos, fazendo aparecer outras espécies de família no mundo moderno, diversas destas já possuem proteção na legislação e na doutrina brasileira, outras, contudo, estão ultrapassando os fundamentos da discriminação e da imprecisão, objetivando conseguir, no final, uma admissão do Estado como uma espécie de família. A definição de família, especialmente em razão das transformações sociais vem desenvolvendo no ordenamento jurídico pátrio, compondo modernas espécies de família. Atualmente a família é entendida não apenas por vínculos de sangue, como igualmente através do afeto, solidariedade e amor recíproco (SANTANA, 2015, p.13).

Hodkin et al., (1996) apud Valle (2009, p. 124) acreditam que para definir família e necessário estudar:

[...] o que as pessoas pensam a esse respeito, pois os limites da família são definidos pelos laços de afetividade e intimidade e não somente pelo parentesco por consangüinidade e pelo sistema legal que rege as relações familiares.

Na opinião deWright e Leahey (2009) é preciso que as enfermeiras encontrem uma definição de família que ultrapassas fronteiras tradicionais que restringem os membros ao utilizar critérios de consanguinidade, adoção e matrimônios. Descobrimos que a seguinte definição de família é a maisaplicável em nosso trabalho clínico: a família é quem seus membros individuais dizem que são. É importante para as enfermeiras considerar o gênero, tendoem vista situar-se no

âmbito das conversas terapêuticas a forma diferente de homens e mulheres terem a experiência do mundo.

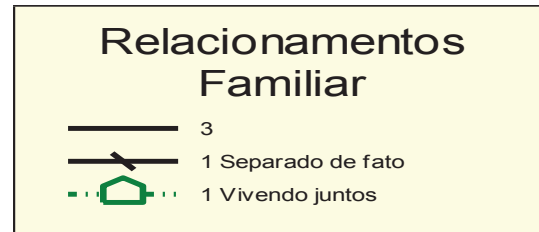
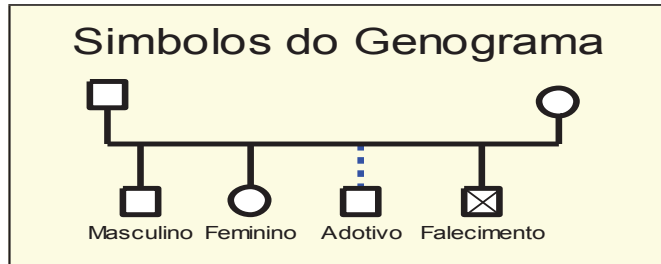
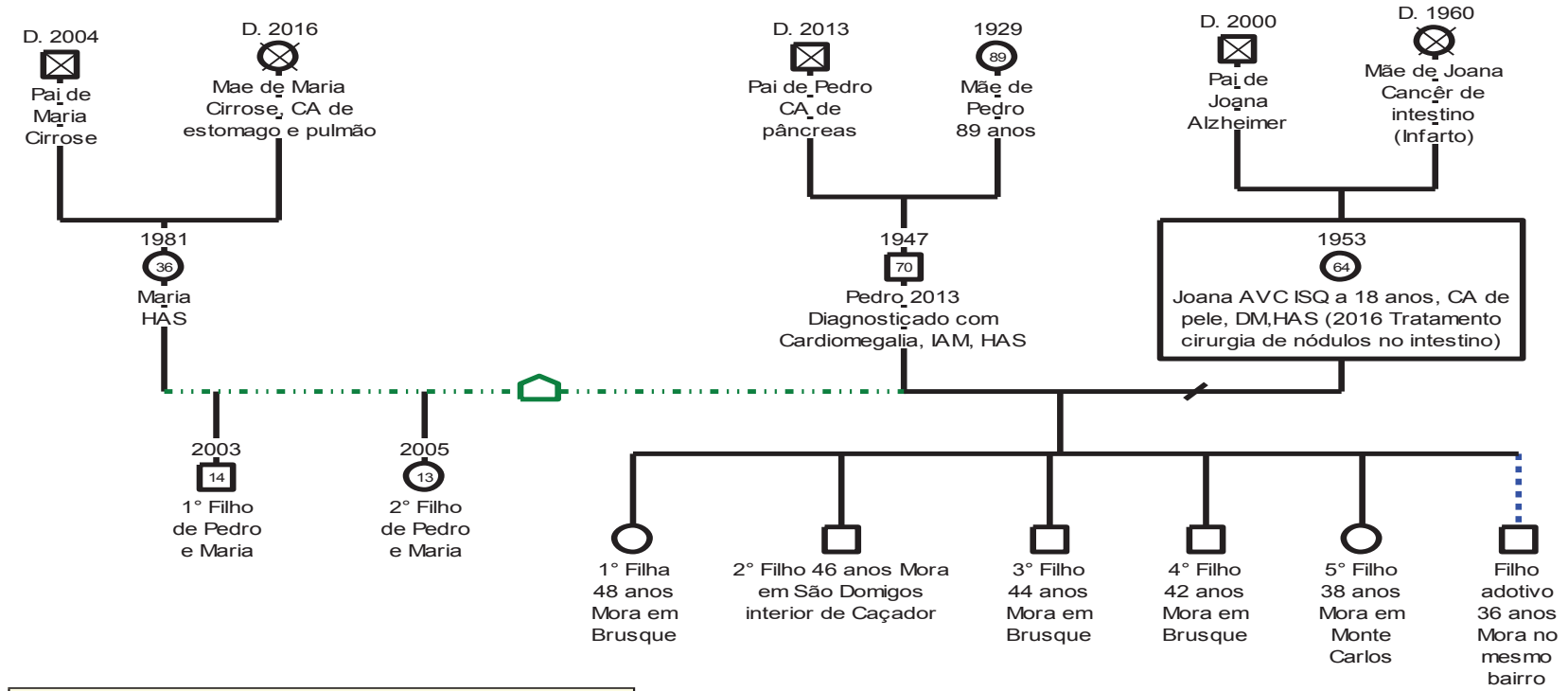
Concordamos com Knudson- Martin (1999) apud Wright e Leahey (2009, p.50):

[...] de que podemos ajudar as famílias assumidas que as diferenças entre homens e mulheres podem ser modificadas rejeitando os papéis culturais des necessários para mulheres e homens e reconhecendo e observando as poderes ocultos.

“O gênero é, em nossa opinião, uma série de crenças sobre nossas expectativas de comportamento e experiências feminina e masculina” (SHEINBERG EPENN, 1991 apud WRIGHT; LEAHEY, 2009, p.50).

Para Cecilio; Santos; Marcon (2014), o ecomapa é um complemento do genograma e consiste em uma representação gráfica dos contatos dos membros da família com a comunidade, permitindo avaliar as redes e apoios sociais disponíveis e sua utilização pela família. Este é um instrumento dinâmico, pois mostra a ausência ou presença de recursos sociais, culturais e econômicos de um determinado momento do ciclo vital da família. Conforme figura 8:

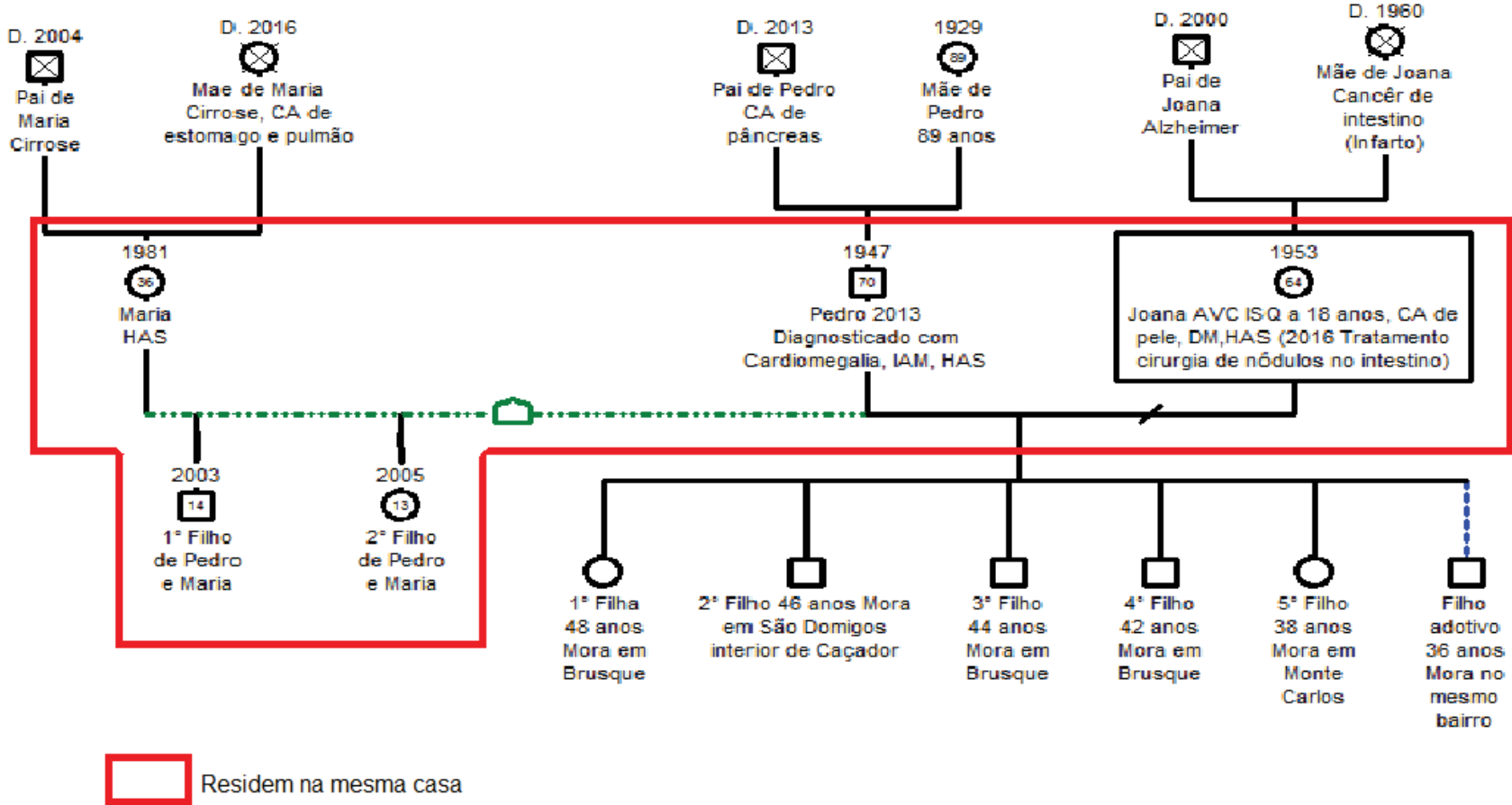
Figura 6 - Genograma da Família



AVC: Acidente Vascular Cerebral
 CA: Câncer
 IAM: Infarto Agudo do Miocárdio
 HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica
 DM: Diabetes Mellitus

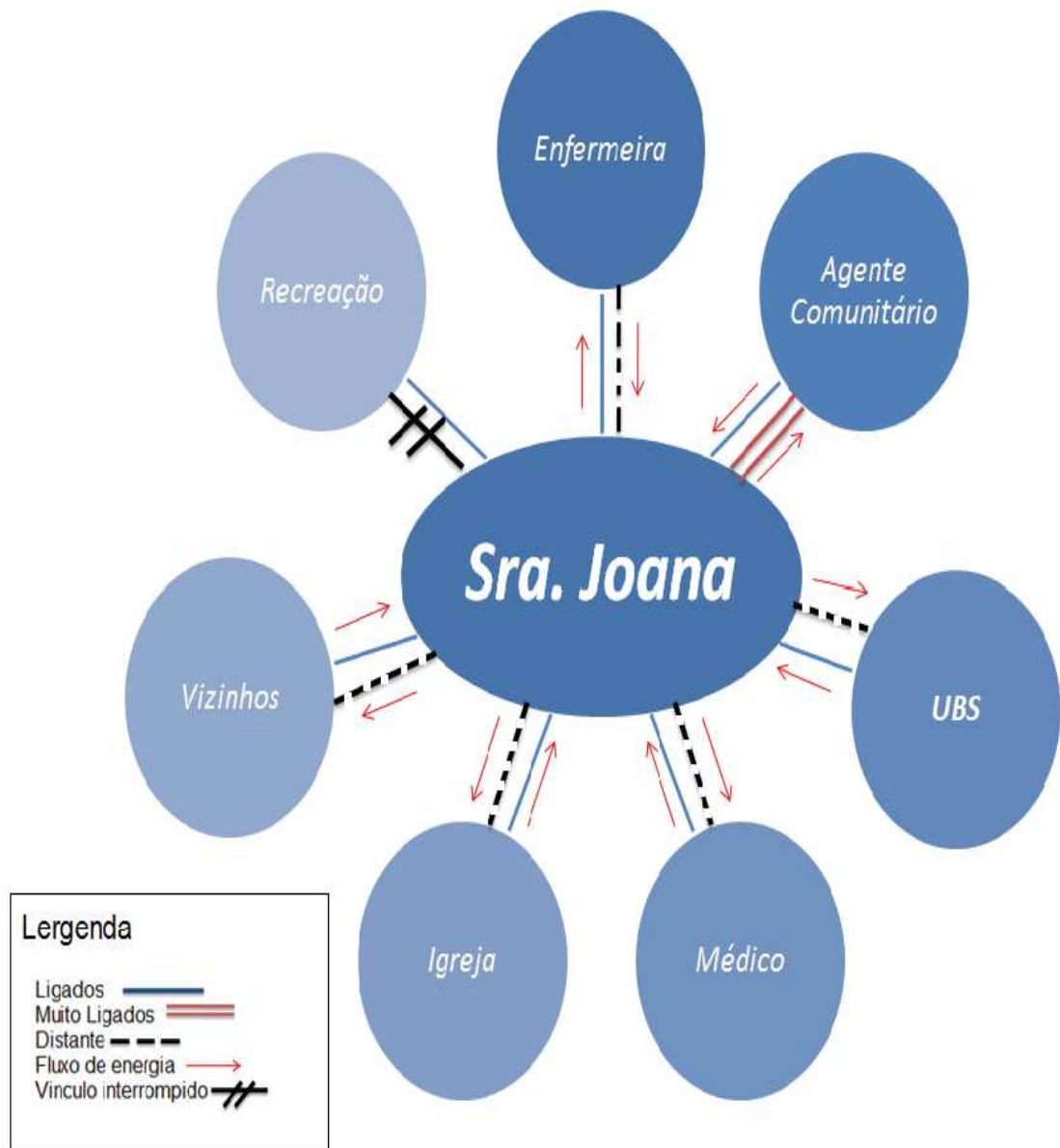
Fonte:(RIBEIRO, 2018).

Figura 7 - Genograma da família que residem na mesma casa



Fonte:(RIBEIRO,2018).

Figura 8 - Ecomapa da Família



Fonte: (RIBEIRO, 2018).

2.3.2 Avaliação de desenvolvimento

Além do conhecimento da estrutura familiar, a enfermeira precisa entender o desenvolvimento do ciclo vital de cada família, mas ressaltando que não existe um único modelo de desenvolvimento do ciclo vital da família (WRIGHT; LEAHEY, 2009).

Em função disso, no desenvolvimento foram abordadas as tarefas e vínculos afetivos.

Os vínculos serão demonstrados no Genograma de vínculo afetivo figura 9:

No Estudo da família, Sra. Joana relata que tem maior vínculo afetivo com a filha de 48 anos que mora em Brusque e com o filho adotivo com quem mantém contato, os outros filhos mantêm um vínculo distante, apesar de morarem em maior proximidade.

Sra. Joana dificilmente consegue ir a UBS, pois não tem quem a leve, a estrutura física da unidade não é adaptada (escadas, acesso em morro). Cita que tem suporte da UBS, que as agentes de saúde fazem visitas mensais, e quando precisa de receita e atendimento médico, a enfermeira está sempre a disposição. O médico faz visitas domiciliares, sempre que solicitado.

Sr. Pedro e Sra. Joana eram casados, mas há 14 anos estão separados e moram na mesma casa. Sr. Pedro casou-se com Maria e a trouxe morar junto com eles. Os filhos de Pedro e Joana já são casados, três moram em Brusque (a filha mais velha de 48 anos, o filho de 44 e o filho de 42) e os demais moram em cidades próximas. Sra. Joana relata também que somente a filha mais velha e o filho adotivo que a visitam e ligam quando pode os demais passaram toda a responsabilidade à Maria. Porém Sr. Pedro tem que ir a UBS para consultas.

Sr. Pedro e Maria se dão muito bem e os dois trabalham juntos para a educação dos seus filhos mais novos. Maria se dá bem com os filhos de Joana e Sr. Pedro trata-os bem eles vêm visitá-los.

Embora Sra. Joana tenha difícil acesso à igreja, quando pode e alguém vem buscá-la ela vai. Sr. Pedro e Maria são católicos não praticantes.

Sr. Pedro e Maria precisam se deslocar à unidade, Sr. Pedro tem dificuldade em consequência de suas feridas nas pernas. Maria acha difícil por ter que deixar Sra. Joana sozinha quando sai.

Sr. Pedro, Sra. Joana e Sra. Maria residem há 8 anos na mesma casa, porém não tem muito contato com os vizinhos. Sra. Joana relata também que a mãe de Pedro gosta de visitá-los nos finais de semanas.

A partir desses levantamentos, através das entrevistas e do MCAF, o contato com a família, pode-se observar o vínculo afetivo entre os que residem na mesma casa: Sra. Joana aceita o convívio com Maria, por não ter quem a cuide e ajude nas suas atividades cotidianas (necessidade); Sr. Pedro não vê anormalidade em ter Maria como esposa e morando junto de Joana, ve como uma necessidade nos afazeres cotidiano, (não tendo a responsabilidade no cuidado de Sra. Joana) e na satisfação como mulher, assim ambos mantem laços de afetividade e vínculo na vida diária.

As idéias de Crepaldi, (1998) apud Valle (2009) Ressalta a concepção subjetiva que as pessoas têm de seus próprios arranjos familiares é uma definição individual, baseada nos sentimentos, crenças e valores de cada um e permite teorizar e aprender os eventos da vida cotidiana a partir das informações que circulam através dela.

Na opinião de Valle (2009) outra forma de investigar o conceito de família é por meio da elaboração de uma lista com vários integrantes que é apresentada aos participantes, como foi realizado neste estudo de caso, utilizando o Modelo Calgary de Avaliação da família, através os vínculos afetivos.

Assim como as famílias mudaram, os núcleos familiares também sofreram alterações em sua estrutura e composição. A família composta por diversos membros começou a perder força ao longo dos anos, bem como aquela formada apenas por filhos legítimos, seja por imposição legal, seja porque os núcleos familiares passaram a valorizar um fator imprescindível para sua formação: o amor, o afeto! Não há como negar que a nova tendência da família moderna é a sua composição baseada na afetividade. Sabemos que legislador não tem como criar ou impor a afetividade como regra erga omnes, pois esta surge pela convivência entre pessoas e reciprocidade de sentimentos (SIMÕES, 2007, p. 04).

As famílias se constituem baseadas no amor e na solidariedade, com a finalidade de resguardar os laços afetivos de cuidado, carinho, atenção e proteção dos companheiros e dos filhos, procurando compartilhar todos os momentos importantes da vida. Constitui-se por meio do afeto e transforma seus componentes a partir desse afeto, com isso as relações familiares vão despertando

o entendimento, a compreensão e o carinho de todos. O afeto é o ponto central da família, é o elemento essencial e vital de uma relação familiar (BRITO, 2016).

Na opinião de Oliveira (2002, p.233) apud Simões (2007):

[...] a afetividade, traduzida no respeito de cada um por si e por todos os membros — a fim de que a família seja respeitada em sua dignidade e honorabilidade perante o corpo social — é, sem dúvida nenhuma, uma das maiores características da família atual.

Nesse sentido, ressaltamos que ao falar em vínculos e afetividades, logo se pensa nas pessoas que têm laços parentais sanguíneos, como pais, mães, filhos, irmãos e primos; esquecemo-nos de que outras pessoas também podem manter laços familiares, pois possuem vínculos entre si (GUARISE, 2011).

A partir dessa reflexão, podemos dizer que o estudo de caso, a afetividade da família, a qual aponta que a escolha de cuidar está diretamente relacionada ao sentimento de obrigação, mas também às relações afetivas entre cuidador, familiar da idosa, e a idosa cadeirante doente e dependente de qualquer atividade cotidiana.

A família funciona, na maioria dos casos, como uma totalidade, onde cada indivíduo desempenha um papel que irá influenciar no todo. A partir do momento em que um membro desse grupo adoece e não cumpre mais esse papel definido, a organização anterior sofre uma alteração que desencadeia uma crise, obrigando à reestruturação de papéis. Relações conjugais e relacionamentos entre pais e filhos envolvem uma complexa rede de sentimentos que funciona de modo circular na tentativa de manter um equilíbrio. Quando um desses sujeitos adoece, cuidar pode ser uma forma de manter um vínculo. Se o cônjuge não pode realizar o cuidado, o papel é assumido pelos filhos, mas também por outras figuras (MOREIRA; CALDAS, 2007).

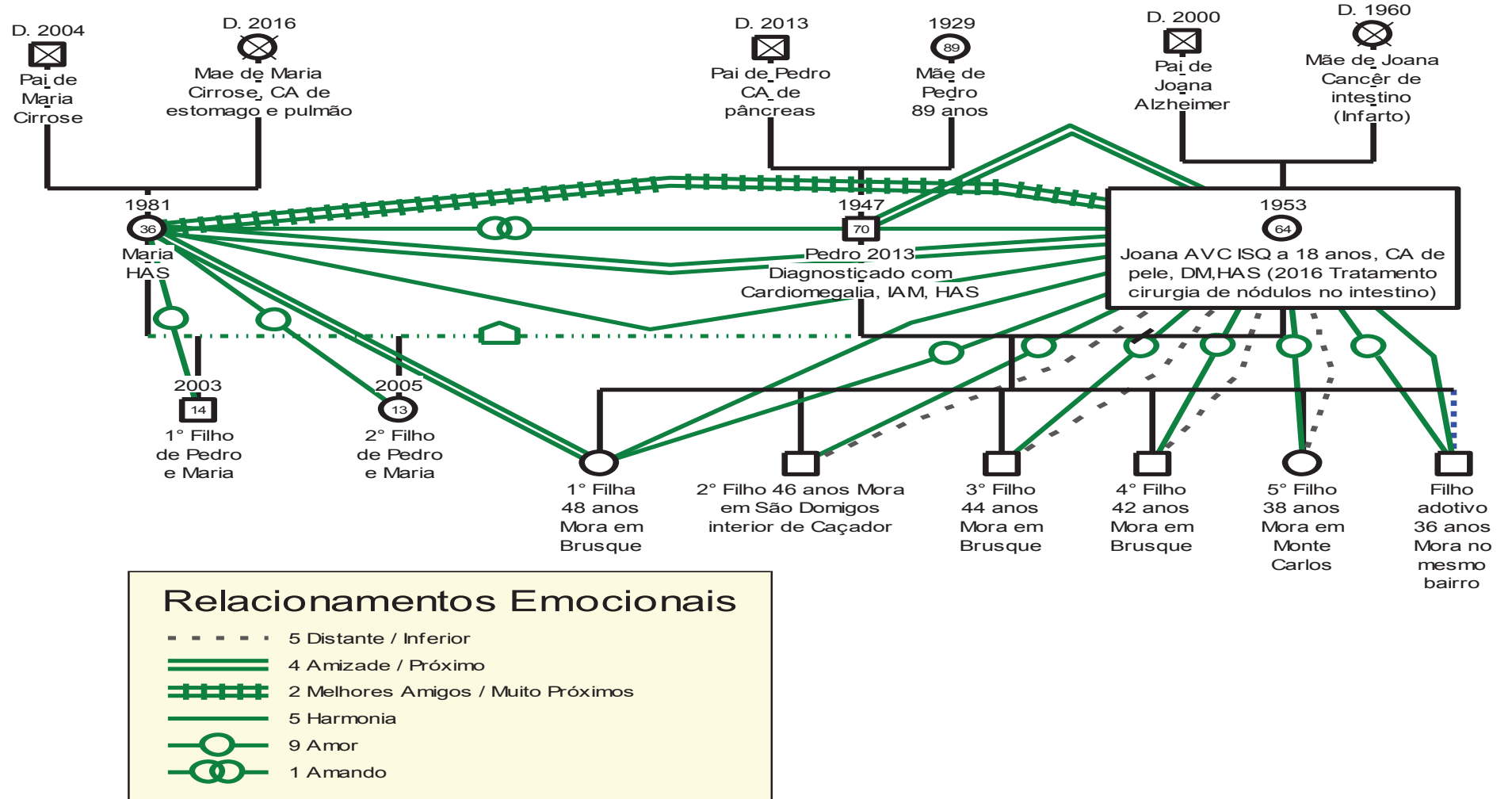
Segundo Shardong (2010) apud Guarise (2011) o convívio social tem papel fundamental na preservação das funções cognitivas, principalmente para os idosos. Equilibrar o aspecto emocional e físico pode garantir melhor qualidade de vida.

O apoio da família ao doente crônico, portanto, é imprescindível, pois tornar-se doente inclui a vivência de uma série de mudanças pessoais e familiares, salientando que dependendo da gravidade da doença é necessário que sejam feitas alterações na forma de viver da família. Ao mesmo tempo, as mudanças, muitas vezes, são vistas como desnecessário o que ocorre especialmente nos casos em que as doenças não apresentam sinais e sintomas evidentes. O agravamento do quadro, somado às alterações biológicas, psicológicas e fisiológicas próprias do envelhecimento

geralmente levam a limitações motoras, sensitivas e sensoriais, alterando a dinâmica da vida dos idosos e restringindo as atividades diárias surgindo, assim, algum tipo de dependência, o que requer a reestruturação dos papéis de todos os membros da família, visto que o idoso perde sua autonomia para outrem. Neste momento de dependência, o carinho e o respeito da família contribuem decisivamente para um final de vida feliz(CECILIO; SANTOS; MARCON, 2014, p.541-542).

Assim, entendemos que os vínculos de uma família, ou laços emocionais subjacentes, que têm uma qualidade estável ou durável, são semelhantes às alianças porque ambas implicam em união. A tendência dos vínculos é serem diferentes das uniões; entanto, as últimas implicam em alinhamentos entre dois membros, ficando um terceiro membro dividindo ou em oposição (WRIGHT; LEAHEY, 2009).

Figura 9 - Genograma de vínculo afetivo



Fonte:(RIBEIRO, 2018).

2.3.3 Avaliação funcional

“A avaliação funcional da família diz respeito aos detalhes sobre como os indivíduos realmente se comportam uns com os outros” (WRIGHT; LEAHEY, 2009, p. 105).

Segundo Parsons e Bales (1956) apud Wright e Leahey (2009, p. 105) “é o aspecto do aqui e agora na vida de uma família que é observado e apresentado por ela. Existem dois aspectos básicos do funcionamento familiar: instrumental e expressivo”.

Funcional estrutura abordara as atividades diárias. Funcional expressivo abordara papéis, crenças, alianças e uniões.

O aspecto instrumental do funcionamento da família refere-se às atividades rotineiras da vida diária, tais como alimentar-se, dormir, preparar refeições, aplicar injeções, mudar de roupas etc. Para as famílias com problemas da saúde, essa é uma área de particular importância (WRIGHT; LEAHEY, 2009, p.105).

Funcionamento expressivo trabalha as primeiras edições de enfermeira e família, entretanto, não utilizamos quaisquer dessas categorias como citado na figura 01, como determinante de estar funcionando bem o mais importante (WRIGHT; LEAHEY, 2009).

Na família estudada, Sra. Joana relata que aos 47 anos de idade, há 18 anos teve um acidente vascular cerebral, sequelas de hemiparesia nos membros inferiores tendo dificuldade em deambular, por isso atualmente faz uso de cadeira de rodas. Relata que na ocasião, sentiu fortes dores de cabeça, foi ao hospital do município onde morra, diagnosticaram com enxaqueca e retornou ao domicílio. Permanecendo o quadro, a noite Sr. Pedro a levou para a cidade de Curitiba e o médico diagnosticou com AVC. Sra. Joana relata que teve o AVC após a morte de seu pai, que tinha Alzheimer. Ainda, que tinha sido diagnosticada com diabetes e hipertensão há algum tempo. Sua mãe faleceu de infarto quando tinha entre 7 a 9 anos de idade; porém tinha câncer. Sra. Joana em 2008 descobriu que tem CA de pele e há três anos fez cirurgia de retirada de nódulos no intestino.

Relata que após os AVC ficou de cama, fez reabilitações com fisioterapias na água, e outros exercícios sem sucesso, assim não o realizando mais. E nunca mais conseguiu manter sustentabilidade do corpo sobre as pernas.

Em 2003, Sr. Pedro engravidou outra mulher (Maria) e a levou para morar junto deles. Na época, estava com dificuldade para cuidar de Sra. Joana, contando com auxílio de vizinhos e de sua mãe. Deste modo, solicitou que Maria auxiliasse também nos cuidados a Sra. Joana. Sr. Pedro conta que não foi fácil cuidar de Joana e agradece á Maria por tudo o que tem feito. No momento trabalha com reciclagem, compra de latinha e papelão para revenda, contudo fica a maior parte do tempo em casa.

Sra. Joana contou que perdeu a memória que gritava dia e noite, e seu médico fala que era normal, era psicológica, após oração de um pastor, ela voltou a lembrar das coisas, hoje é evangélica da igreja congregação crista, mas frequenta a igreja quando alguém vem buscar, tem difícil acesso. Sra. Joana relata que há 14 anos, não tem vida conjugal com Sr. Pedro, mas nunca houve divórcio.

Sra. Joana é dependente para as atividades de vida diária, como ir ao banheiro para realizar as necessidades de eliminações, troca de fraldas ao dormir e/ou quando Sra. Joana está sozinha; necessidades de higiene e conforto: banho troca de roupa, colocar na cama para dormir, colocar na cadeira para transportar até a cozinha, entre outras. O acesso a cadeira de rodas no espaço interno da casa é prejudicado. Por exemplo, o banho é realizado no quarto em virtude do banheiro ser pequeno. Utilizam cadeira para banho e balde. Apesar das condições, Sra. Joana relata que é muito feliz, que tudo isso é permitido por Deus. Que durante o dia ela lê a bíblia, ora e também faz tricô. Agradece por ter Sra. Maria em sua casa, pois precisa dos cuidados dela.

Maria fala que é ela a responsável por todas às tarefas da casa: faz comida, limpa casa, medica Joana, auxilia no banho e até mesmo para levantar da cama, passando o dia todo em função dos afazeres domésticos e cuidado com todos. Desloca-se somente à farmácia para pegar medicações e à secretaria de saúde para pegar fraldas. Relata que se sente muito feliz em cuidar da Joana, mas que não tempo de lazer, pois Joana não tem condições de ficar sozinha logo ninguém sai de casa, todos ficam juntos.

Os autores Cecilio, Santos e Marcon (2014), ressalta as alterações da vida diária, causando dependência nas atividades cotidianas dos familiares onde a dependência para qualquer tarefa realizado.

Nas palavras de Moreira e Caldas (2007, p.1):

[...], pois o idoso altera o seu papel na família, ocasionando novas ações a serem assumidas pelo familiar. O familiar que direciona para si todas as atividades relacionadas ao cuidado pode manifestar sentimentos de desconforto e solidão pela falta de apoio dos familiares, gerando uma crise no seu desempenho, em que a habitual relação de afeto e de reciprocidade, é substituída por uma relação em que predomina, de forma unilateral, a imperiosa necessidade de fazer pelo outro, praticamente sem nenhum retorno pessoal.

Disso decorre os sentimentos de Maria, que obtem seu deveres em casa, como esposa do Sr. Pedro, cuidadora de Sra. Joana, e sente a falta de apoio dos familiares assim descobrindo outra maneira de viver.

Na opinião de Nascimento et al., (2018) dinâmica do cuidar da pessoa idosa no contexto familiar pode gerar ambiguidades reveladas por satisfação e conflitos entre esses entes. Nesse caso, a satisfação é observada quando as famílias estão estruturadas emocionalmente e economicamente para acolher o longevo. Por outro lado, quando esses recursos são insuficientes podem desencadear tensão no meio familiar.

Em função disso podemos dizer que Sr. Pedro e seus filhos, abstiveram de seus compromissos com Sra. Joana, e houve tensão no meio familiar. Assim, entendeu-se que Maria tem um papel fundamental na vida da Sra. Joana, além de ter tido posição na casa como esposa de Sr. Pedro, obtem o papel de cuidar.

Geralmente a função de cuidador é assumida por uma única pessoa, denominada cuidador principal, seja por instinto, vontade, disponibilidade, capacidade ou necessidade. Cuidador é a pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente no exercício de suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde e demais serviços requeridos do cotidiano (MOREIRA; CALDAS, 2007).

A função do cuidador é acompanhar e auxiliar a pessoa a se cuidar, fazendo pela pessoa somente as atividades que ela não consiga fazer sozinha. Cabe ressaltar que nem sempre se pode escolher ser cuidador, principalmente quando a pessoa cuidada é um familiar ou amigo. É fundamental termos a compreensão de se tratar de tarefa nobre, porém complexa, permeada por sentimentos diversos e contraditórios. É importante que o cuidador, a família e a pessoa a ser cuidada façam alguns acordos de modo a garantir certa independência tanto a quem cuida como para quem é cuidado. Por isso, o cuidador e a família devem reconhecer quais

as atividades que a pessoa cuidada pode fazer e quais as decisões que ela pode tomar sem prejudicar os cuidados. Incentive-a, a cuidar de si e de suas coisas. Negociar é a chave para se ter uma relação de qualidade entre o cuidador, a pessoa cuidada e sua família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

É de grande importância e necessidade a ampliação de ações que tenham o cuidador como sujeito principal, para que essa atividade seja reconhecida e investida em práticas adequadas, trazendo benefícios para quem cuida e quem é cuidado, pois é ele que irá vivenciar o cotidiano da doença e suas implicações, assim como é ele quem vai buscar maneiras de lidar com a essa realidade(MOREIRA; CALDAS, 2007).

Outro aspecto a ser lembrado é a transformação da relação entre paciente e cuidador, antes de reciprocidade e que passa a ser de dependência, de modo que o cuidador tem restrições em sua própria vida. Assim, faz-se necessário que a equipe de enfermagem desempenhe seu papel de apoiar psicologicamente e promover a saúde do familiar cuidador, uma vez que o bem-estar físico e mental deste interfere diretamente no cuidado a ser prestado(CECILIO; SANTOS; MARCON, 2014, p.541-542).

Vale ressaltar que Sra. Joana é cadeirante, tem difícil acesso a UBS, de tal maneira e afetado pela distância, estrutura física da unidade (escada), e classe socioeconômica baixo, impede ao acesso de um meio de transporte.

As idéias de Moreira e Caldas (2007) mostram que a baixa condição socioeconômica das famílias, por si só já constitui um grande empecilho para o cuidado. Assim a família, tem dificuldade em manter uma boa qualidade de vida, dificulta que o cuidador ofereça os cuidados adequados, pois são necessários recursos financeiros que possibilitem a aquisição e a compra de alimentos, medicamentos, além de transporte e outras necessidades que surgem com a dependência. Diante desse fato, é de responsabilidade do enfermeiro e da sua equipe conhecer a realidade, bem como as necessidades da família assistida, a fim de planejar intervenções que sejam condizentes com a real necessidade dos indivíduos e adequadas à sua condição financeira.

Em função disso, cuidados de saúde primários, em particular a visita domiciliar, emergem como uma resposta necessária para que o contexto privilegiado de vida possa ser mantido. A visita domiciliar tem sido um dos instrumentos historicamente utilizados no âmbito da enfermagem comunitária, colocando a família

como o centro do cuidado (EGRY E FONSECA, 2000; LIMA E col., 2010 apud CARVALHAIS; SOUSA, 2013).

Nesta prática, os cuidados de saúde são oferecidos ao indivíduo e sua família em casa, com o objetivo de promover, manter e/ou restaurar a saúde, maximizar a independência, minimizando os efeitos da incapacidade e/ou doença, incluindo as doenças crônicas (CARVALHAIS; SOUSA, 2013, p. 161).

A visita domiciliar permite ao enfermeiro um acesso próximo às vivências da pessoa doente e seus familiares, incluindo: condições ambientais e físicas (por exemplo, permite identificar barreiras arquitetônicas); fatores socioeconômicos, espirituais e culturais; recursos disponíveis, condições de higiene e segurança; dinâmica familiar (por exemplo, níveis de entre ajuda). Este contexto desafia o enfermeiro a ser criativo flexível e polivalente (SOUZA, 2004; MARTINS, 2003; RICE, 2004 apud CARVALHAIS; SOUSA, 2013, p. 161).

É importante ressaltar que a enfermagem, enquanto ciência que cuida, deve sempre inserir a família no cuidado, com vistas a diminuir as sobrecargas individuais, evitando transformar o cuidador em alguém que futuramente possa necessitar de cuidados (CECILIO; SANTOS; MARCON, 2014).

“Os cuidados de enfermagem em domicílio envolvem ações voltadas para a manutenção, melhora ou recuperação da saúde, potenciando o máximo possível de bem-estar físico e psíquico e independência nas atividades de vida diária” (CARVALHAIS; SOUSA 2013, p.162).

Na família estudada, Sra. Joana recebe visitas domiciliares da enfermeira da UBS, e relata que tem suporte em suas necessidades quanto à saúde, recebendo atendimento sempre que necessita.

É necessário, pois, analisar os obstáculos que os enfermeiros tendem a identificar como inibidores da qualidade dos cuidados são extrínsecos, focando a falta de enfermeiros e de condições de trabalho, assim impeditivo que possam realizar visitas com mais frequência (CARVALHAIS; SOUSA, 2013).

Com base em Cecilio, Santos e Marcon (2014), além do apoio e acompanhamento da família através de visitas domiciliares da enfermeira, faz-se necessário que o doente crônico entenda sua condição e participe ativamente das decisões tomadas, os pacientes necessitam de auxílio para as diferentes atividades diárias, sendo possível verificar as disparidades e semelhanças entre os familiares. Ter um cuidador na família é um fator de menos estresse para o doente, pois o

cuidado é humanizado e respeita seus costumes e crenças, no entanto é um fator de mais estresse para quem cuida que precisa abrir mão das suas necessidades em detrimento do doente foi o que obteve através do estudo, Sra. Joana necessita de ajuda para suas atividades cotidianas, Sr. Pedro não vê incômodo algum perante a situação, Maria é quem cuida dos afazeres domésticos e de toda a família, tenta suprir todas as necessidades da Sra. Joana. A família relata o vínculo com a UBS o qual auxilia nos cuidados e tratamento de Sra. Joana.

“As atividades instrumentais da vida diária são, em geral, mais numerosas e mais frequentes e assumem maior significado em razão da doença em um membro da família” (WRIGHT; LEAHEY, 2009, p.105).

A interação entre os processos instrumental e psicossocial nas vidas dos clientes é importante consideração para as enfermeiras, por exemplo, Fiese e Wamboldt (2000) apud Wright e Leahey (2009), defendem que as enfermeiras usem as rotinas familiares para guiar as intervenções a fim de promover um bom tratamento. Eles sugerem que os rituais e as rotinas familiares protegem os membros da família contra os estresses associados à doença crônica e pode ser incorporado ao planejamento deliberado no tratamento da doença.

Lowenstein e Gilbar (2000) apud Wright e Leahey (2009, p. 105):

Recomendam que o profissional de saúde compreenda que a responsabilidade de cuidar de um cônjuge idoso constitui um grande desafio na adaptação em fase avançada da vida. Eles descobriram que “os cônjuges dividem os encargos de cuidados, assim como a tensão pessoal (o comportamento subjetivo), a importância dos cuidados de enfermagem da família é, portanto ressaltada.

Segundo Friedman, Bowden e Jones (2003) apud Wright e Leahey (2009), acredita-se que as enfermeiras considerem útil pensar em possíveis estágios de saúde e doença e interação familiar. Destacaram-se seis desses estágios:

1. Esforços da família na promoção da saúde.
2. Avaliação familiar dos sintomas.
3. Busca de cuidados.
4. Encaminhamento e obtenção de cuidados.
5. Resposta aguda à doença pelo cliente e pela família.
6. Adaptação à doença e recuperação.

Na opinião de Denham (2003, p.147) apud Wright e Leahey (2009, p 106) “o uso de rotinas oferece uma maneira para que enfermeiras, membros da família e

outros discutam a prática de saúde, comportamento e conhecimento dos membros; identifiquem os objetivos da família e criem planos”.

Em função disso quando um enfermeiro elabora hipóteses sobre o possível estágio de saúde e doença da família e pesquisa suas rotinas comuns de vida lado a lado com a doença, a enfermeira e a família descobrirão resiliências e áreas para uma possível assistência (WRIGHT; LEAHEY, 2009).

Se uma família não estiver se adaptando bem às questões instrumentais, quase sempre existirão questões expressivas. Entretanto uma família pode lidar bem com questões instrumentais e mesmo assim ter dificuldades emocionais ou expressivas. Portanto é recomendável que a enfermeira e a família delineiem juntas as questões instrumentais decorrentes de questões expressivas. Ambas precisam ser exploradas quando a enfermeira e a família tiverem uma conversa sobre o funcionamento familiar (WRIGHT; LEAHEY, 2009, p.107).

Robinson (1998) ressalta a importância do atendimento das enfermeiras ao que ela chama de “trabalho da doença” ou “encargo da doença”. A elaboração dos arranjos para o tratamento da doença crônica ou potencialmente fatal não ocorre de uma hora para outra. O contexto normal de mulher que assume o encargo das tarefas domésticas é aquela em que são feitas arranjos adicionais para enfermidade (WRIGHT; LEAHEY, 2009).

A partir dessa reflexão, podemos dizer que é importante que a enfermeira tenha em mente que, caso adote uma visão de mundo pós moderno, não será capaz de conduzir uma avaliação objetiva da família. Ao contrário, a enfermeira e a família, ao abordarem os padrões de interação familiar, produzirão uma nova história, rica em detalhes contextualizados (WRIGHT; LEAHEY, 2009).

3 CONCLUSÃO

Ao utilizar o MCAF, pode-se avaliar mais profundamente a família e ter uma visão significativa quanto às condições de vida que interferem no processo saúde e doença.

O modelo em conjunto com genograma e o ecomapa auxiliaram a fazer uma compreensão mais abrangente da família, para além dos aspectos das doenças, envolvendo o contexto que permeia a realização dos cuidados em saúde nesta família.

Este trabalho teve como objetivo aplicar o MCAF a uma família com difícil acesso à UBS para manutenção da saúde dos membros. Pôde-se ter uma visão significativa quanto às condições de vida que interferem no processo saúde e doença. Ao utilizar o modelo junto ao genograma e o ecomapa como duas ferramentas de suporte, percebe-se que ele auxilia os enfermeiros no levantamento de informações para o planejamento da assistência de enfermagem de uma forma individualizada à família do estudo.

Também que é possível organizar de forma mais eficiente informações importantes coletadas para o planejamento de ações de enfermagem, baseadas em dados como composição familiar, gênero, ordem de nascimento dos familiares, tarefas, vínculos afetivos, atividades diárias, crenças e cotidiano.

O estudo do cotidiano da família, utilizando o MCAF pôde-se constatar que houve comprometimento familiar no auxílio ao dependente da família, por estar em condição sócia econômica baixa e difícil acesso à UBS.

Torna-se importante esclarecer que o MCAF possibilita maior vínculo entre o profissional da saúde e os membros da família para a realização dos cuidados de enfermagem, o que apriori, oportuniza melhor atenção e possibilita melhor adesão ao tratamento.

Acredita-se que o MCAF permitiu esclarecer junto aos membros da família o papel exercido por cada um no sentido de contribuir e manter a saúde de seus integrantes, estabelecendo relações/interações ajustadas, o que pode contribuir evitar o futuro desgaste das relações.

Percebeu-se que as visitas realizadas pelas enfermeiras da UBS não possuem a frequência necessária para o auxílio na obtenção de melhores resultados no processo de saúde e doença no caso deste paciente com grau de

dependência na realização de suas rotinas diárias, e que visitas mais recorrentes colaborariam para a melhor percepção sobre a família em busca destes resultados.

Apesar das enfermeiras do ESF e as ACS não disporem do mesmo tempo utilizado para a realização das visitas efetuadas para a elaboração deste trabalho, é possível a implementação do modelo MCAF para a organização dos dados coletados em visitas curtas visando colaboração na melhor assistência e cuidado com as famílias. Reuniões mensais na UBS também ajudariam na aplicação do MCAF através da elaboração de genogramas e ecomapas, o que contribuiria para uma compreensão mais clara da família, aumentando a capacidade de análise e identificação de problemas para posteriores cuidados e assistências.

Uma das dificuldades encontradas foram os escassos materiais publicados do uso do modelo pela enfermagem, apesar de não ser um método novo, porém que permite amplitude de conhecimento das famílias. Porém, a curiosidade em tentar aplicar este modelo me fez obter conhecimento e perceber o quanto o método auxilia na assistência e no cuidado à família. Foram realizadas quatro visitas domiciliares, somente em fins de semana, tendo cada visita duração de aproximadamente uma hora e meia a duas horas. Além das quatro entrevistas, mais duas visitas foram realizadas, entretanto devido a presença de pessoas externas à família não foram realizadas entrevistas para não comprometer o sigilo familiar. Ao realizar as entrevistas, percebeu-se que a família não viu problema algum em relatar seu cotidiano, sua história e os seus vínculos, todos foram bem receptivos, porém algumas conversas não foram transcritas a pedido da família, como em casos onde possivelmente houve a existência de abusos.

Sentiu-se a necessidade de dar continuidade ao estudo, pois neste momento foi possível aplicar o modelo apenas para avaliação da família e intervenção em alguns problemas pontuais. Sugere-se utilizar o estudo para realizar as intervenções direcionadas aos problemas da família.

O MCAF pode ser utilizado por enfermeiros do ESF, e trabalhando junto à equipe, mostrando como avaliar uma família e o seu uso como uma estrutura organizada, um modelo para trabalhar com as famílias a fim de ajudar a resolver os problemas e melhorar o cuidado e assistência.

Entende-se que o MCAF permite melhor avaliação das famílias para o planejamento da assistência de enfermagem de uma forma individualizada à família do estudo.

Entretanto, é necessário realizar uma reflexão da viabilidade da aplicação deste Modelo nas atuais condições de trabalho do Enfermeiro no Sistema de Saúde, principalmente na ESF. Cabe assim, nova proposta de estudo.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, Sonia et al. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, Vol. 22, n. 5, p. 637-42, set/out, 2014. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a09.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2018.

BIROLI, Flávia. Família: Novos Conceitos. **Editora Fundação Perseu Abramo**. São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://redept.org/uploads/biblioteca/colecaoquesaber-05-com-capa.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2017.

BRITO, Bruna Ohana Silva. **Família e afetividade**: a evolução legislativa da família e o vínculo afetivo nas relações familiares, 2016. Disponível em: <<https://brunaohanasb.jusbrasil.com.br/artigos/381641216/familia-e-afetividade-a-evolucao-legislativa-da-familia-e-o-vinculo-afetivo-nas-relacoes-familiares>>. Acesso em: 27 mai. 2018.

BRUNNER E SUDDARTH. **Tratamento de enfermagem médico- cirúrgico** / [editores] Suzanne C. Smeltzer... [et al.]; [revisão técnica Isabel Cristina Fonseca da Cruz, Ivone Evangelista Cabral; tradução Antonio Francisco Dieb Paulo, José Eduardo Ferreira Figueiredo, Patrícia Lydie Voeux]. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

CARVALHAIS, Maribel. SOUSA, Liliana. Qualidade dos Cuidados Domiciliares em Enfermagem a Idosos Dependentes. **Saúde Soc**, São Paulo, vol. 22, n.1, p.160-172, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n1/15.pdf>>. Acesso em: 29 mai. 2018.

CECILIO, Hellen Pollyanna Mantelo; SANTOS, Katiucy Sturião dos; MARCON, Sonia Silva. Modelo Calgary de Avaliação da Família: experiência em um projeto de extensão. **Cogitar e Enferm**. Vol.19, n.3, p.536-44, Jul/Set, 2014. Disponível em: <<file:///C:/Users/Emeyn/Downloads/32729-140403-1-PB.pdf>>. Acesso em: 09 mai. 2018.

CORDOBA, Elisabete. **SUS e ESF - Sistema único de saúde e estratégia saúde da família**. São Paulo: Rideel, 2013.

COSTA, Roberta Kaliny de Souza; Miranda, Francisco Arnaldo Nunes de. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: contribuição para a mudança do modelo assistencial. **Rev. RENE**. Fortaleza, Vol. 9, n. 2, p. 120-128, abr/jun. 2008. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/3240/324027962015/>>. Acesso em: 06 jun. 2018.

DIAS, Jaqueline et al. Promoção de saúde das famílias de docentes de enfermagem: apoio, rede social e papéis na família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Vol. 16, n. 4, p.688-95, out - dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a13v16n4>>. Acesso em: 06 jun. 2018.

FACHIN, Odília. **Fundamentos da metodologia**. 6 ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

FERREIRA, José Carlos Fonseca. **Faça um Genograma para ver onde estão os maiores problemas de sua família**. 04 de julho de 2011. Disponível em: <<https://blogdozecarlosferreira.wordpress.com/2011/07/04/faca-um-genograma-para-ver-onde-estao-os-maiores-problemas-de-sua-familia/>>. Acesso em: 20 out. 2017.

FIGUEIREDO, Maria Henriqueta de Jesus Silva; MARTINS, Maria Manuela Ferreira da Silva. Avaliação familiar: do modelo calgary de avaliação da família aos focos da prática de enfermagem. **Cienc Cuid Saude**, Vol. 9, n. 3, p.552-559, Jul/Set, 2010. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/12559/6651>>. Acesso em: 24 ago.2017.

GUARISE, Ketry. O vínculo afetivo entre o idoso e a equipe interdisciplinar de uma hotelaria especializada no atendimento a idosos. **RBCEH**, Passo Fundo, Vol. 8, n. 2, p. 244-254, maio - ago. 2011. Disponível em: <<http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/viewFile/1272/pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2018.

LESCURA, Carolina. et al. A dinâmica Família-Empresa: uma aplicação do método historiográfico e da técnica do genograma. **Organizações e Sociedade**. Vol. 19, n.60, Salvador, Jan - Mar, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-92302012000100005>. Acesso em: 20 out. 2017.

MALUF, Adriana Caldas de Rego Freitas Dabus. **Novas Modalidades de Família na pós- modernidade**, 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/Emeyn/Downloads/TESE_COMPLETA_PDF_ADRIANA.pdf>. Acesso em: 23 mai. 2018.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia científica**. 6 ed. São Paulo: Atlas 2011.

MARCON, Sonia Silva; ELSSEN, Ingrid. A enfermagem com um novo olhar: a necessidade de enxergar a família. **Fam. Saúde Desenv**. Curitiba, Vol. 1, n. 1–2, p. 21–26, jan - dez. 1999. Disponível em: <<file:///C:/Users/Emeyn/Downloads/4877-11039-1-PB.pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2018.

MELLO, Débora F.de. et al. Genograma e Ecomapa: Possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. Vol. 15, n.1, p.79-89, 2005. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/19751/21816>>. Acesso em: 07 out. 2017.

MILIONI, Débora Brechesi et al. Enfermagem Familiar: O conhecimento produzido para além das fronteiras nacionais. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, Vol. 19, n.

4, p. 650-6, out/dez, 2011. Disponível em:
<<http://www.facenf.uerj.br/v19n4/v19n4a25.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia Prático do Cuidador**. Brasília, 2008. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2018.

MOREIRA, Marcia Duarte; CALDAS, Célia Pereira. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, Vol.11 n.3, Set, 2007. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000300019>. Acesso em: 28 mai. 2018.

NASCIMENTO, Leidimar Cardoso et al. Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS. **Ver Bras Enferm**, Brasília, Vol. 61, n.4, p. 514-7, jul/ago, 2018. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n4/19.pdf>>. Acesso em: 28 mai. 2018.

NASCIMENTO, Lucila Castanheira. et al. Genograma e Ecomapa: Contribuições da enfermagem brasileira. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Vol. 23, n.1, p. 211-20, Jan - Mar, 2014. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00211.pdf>. Acesso em: 05 out. 2017.

NORONHA, Maressa Maelly Soares. PARRON, Stênio Ferreira. A evolução do conceito de família. **Revista Brasileira de Direito de Família**. Porto Alegre, IBDFAM/Síntese, n. 23, p.05, abril/Maio, 2004. Disponível em:<http://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20170602115104.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2018.

OLIVEIRA, Nayara Hakime Dutra. Recomeçar: família, filhos e desafios [online]. **Editora UNESP**; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. Disponível em:<<http://books.scielo.org/id/965tk/pdf/oliveira-9788579830365-02.pdf>> Acesso em: 26 out. 2017.

OLIVEIRA, Raquel Gusmão; MARCON, Sonia Silva. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. **Esc Enferm, USP**. Vol.41, n.1, p.65-72, 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a08>> Acesso em: 21 set.2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA SAÚDE. OPAS/OMS apoia governos no objetivo de fortalecer e promover a saúde mental da população. 10 de outubro de 2016. Disponível em:<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5263:opas-oms-apoia-governos-no-objetivo-de-fortalecer-e-promover-a-saude-mental-da-populacao&Itemid=839>. Acesso em: 05 jun. 2018.

POTTER, Patrícia. **Fundamentos de Enfermagem** / Patrícia A. Potter, Anne Perry; editores das seções May Hall, Patrícia A. Stockert; [tradução de Mayza Ritomy Ide... et al.]. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

ROSSET, Solange Maria. **A Família Funcional**. Disponível em: <<http://www.srosset.com.br/textos/a-familia-funcional.html>>. Acesso em: 27 out. 2017.

SANTANA, Clara Vanessa Maciel de Oliveira e Rocha. **A família na atualidade: novo conceito de família, novas formações e o papel do ibdfam (instituto brasileiro de direito de família)**, 2015. Disponível em: <<http://openrit.grupotiradentes.com/xmlui/bitstream/handle/set/1649/TCC%20CLARA%20MODIFICADO.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 23 mai. 2018.

SAVASSI, Leonardo Cm. **Técnicas de abordagem familiar**. 2011. Disponível em: <<https://pt.slideshare.net/leosavassi/tcnicas-de-abordagem-familiar>>. Acesso em: 20 out. 2017.

SHAMIAN, Judith. O papel da enfermagem na atenção à saúde. **Rev. Bras Enferm**, Vol. 67, n. 6, p. 869-70, nov/dez, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/pt_0034-7167-reben-67-06-0867.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2018

SILVA, Lúcia; BOUSSO, Regina Szyllit; GALERA, Sueli Aparecida Frari. Aplicação do Modelo Calgary para avaliação de família de idosos na prática clínica. **Rev Bras Enferm**, Brasília, Vol. 62, n. 4, p. 530-4, jul/ago, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/06.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2017.

SIMÕES, Thiago Felipe Vargas. **A família afetiva — o afeto como formador de família**, 2007. Disponível em: <http://revistapensar1.hospedagemdesites.ws/direito/pasta_upload/artigos/a134.pdf> Acesso em: 27 mai. 2018.

VALLE, Tânia Gracy Martins do (org). Aprendizagem e desenvolvimento humano: avaliações e intervenções [online]. São Paulo: cultura Acadêmica, 2009. 222 p. In: FACO, Vanessa Marques Gibran; MELCHIORI, Lígia Ebner. **Conceito de família: adolescentes de zonas rurais e urbanas**. São Paulo: Editora UNESP, 2017. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/krj5p/pdf/valle-9788598605999-07.pdf>> Acesso em: dia 15 set. 2017.

VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. **Processo Saúde-Doença**. 2017. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_6.pdf> Acesso em: 22 set. 2017.

VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. **Especialização em Saúde da Família** (Processo saúde-doença), 2012. Disponível em:

<http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade01/unidade01.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2018.

WEIRICH, Claci Fátima; TAVARES, João Batista; SILVA, Klever Souza. O cuidado de enfermagem à família: um estudo bibliográfico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Vol. 06, n. 02, 2004. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/819/945>> Acesso em: 06 jun. 2018.

WRIGHT, Lorraine M., 1944. **Enfermeiras e famílias: uma guia para avaliação e intervenção na família** / Lorraine M. Wright, Maureen Leahey; [tradução Silvia Spada], - São Paulo: Roca, 2008.

APÊNDICES

APENDICE A - Perguntas a serem feitas a família, mas ao decorrer da entrevista podem surgir outras, conforme o assunto abordado.

- Pode me dizer quem faz parte desta família?
- Alguém mais vive com vocês, por exemplo, avós, pensionistas?
- Alguém se mudou recentemente?
- Alguém mais considerado como da família vive aqui com vocês?
- Alguém que não tenha parentesco biológico?
- Quantos filhos vocês tem?
- Quem é o mais velho?
- Quantos anos eles tem?
- Onde morram seus pais?
- Com que frequência você tem contato com eles?
- Qual é o próximo dele (a)?
- Como são seus irmãos e irmãs, e os parentes por afinidade?
- Qual o membro da família que você nunca vê?
- Quais de seus parentes são mais próximos de você?
- Quem telefona para quem?
- Com que frequência?
- A quem pede você pede ajuda quando surgem problemas em sua família?
- Que tipo de ajuda você pede?
- Sua família estaria à acessível se você precisasse deles?
- Você se sentiria melhor se conversasse mais com os membros da família?
- Qual das famílias estava mais a favor de seu casamento?
- Nesta família em quanto as mulheres fazem certas coisas, em quanto os homens fazem outras?
- Existem diferentes subgrupos em sua família? Se sim qual o efeito sobre o nível de estresse da família?
- Como seria se a mãe assumisse maior responsabilidade pela diálise do que o pai?
- Se você demonstrasse os sentimentos que sente conserva escondido, qual seria a reação da família?

- Quais os profissionais da Unidade Básica de Saúde são envolvidos com a família?
- A interação regularmente entre a UBS e você?
- Sua família mudou o de um sistema de cuidado da saúde para outro?
- Quem considera mais necessário a participação de sua família nesses sistemas?
- Quem mais considera o contrário?
- Existe um consenso entre a definição do problema e a definição do sistema?
- Que tal o meio termo entre as definições de soluções?
- Qual o melhor e o pior conselho dos profissionais sobre esse assunto?
- Como está indo nosso relacionamento de trabalho até agora?
- Se não esta indo muito bem você me fala?
- Você pode-me falar sobre a sua doença?
- O que significa saúde para você?
- Como que você sabe que é saudável?
- Como eu saberia se você é saudável?
- O que lhe parece mais vantajoso nesse ponto de sua vida em família?
- Você pode me ajudar a entender o que eu preciso saber para melhorar ajudá-lo?
- Será que um tipo diferente de conversa terá maior ou menor probabilidade de ajudá-lo a recuperar sua saúde?
- Quantas vezes mudou de casa nos últimos 5 anos?
- Sua situação financeira influencia de algum modo a utilização de recursos de saúde?
- Qual o impacto por não trabalhar, causa estresse na família?
- Você participa de alguma igreja?
- Conversa com alguém de sua igreja, que ajuda a enfrentar os problemas e a doença?
- Suas crenças religiosas são um apoio para vocês e para os outros da família?
- Quem, entre os membros de sua família, incentiva mais a utilizar das crenças espirituais para enfrentar os problemas de saúde?
- Você descobriu que suas preces ou outras práticas religiosas ajudaram a enfrentar os problemas e doenças?
- Para quem você ora?
- Quais serviços comunitários sua família utiliza?

- Existem serviços comunitários que você gostaria de conhecer, mas não sabe como entrar e contato?
- Como você classifica, em uma escala de 1 a 10, o bem-estar em sua vizinhança?
- O que o deixaria mais confortável para lhe ser possível continuar a agir de modo independente em casa?

APÊNDICE B - Conversar transcritas

Primeira visita realizada:

Emilyn:- Boa tarde tudo bem aqui que mora Sra. Joana?

Maria:- Oi tudo bem sim.

Emilyn:- Eu sou a Emilyn.

Maria:- Emilyn nos estava esperando, ontem a enfermeira da posto teve aqui e falou que você ia vim, que tinha um trabalho da faculdade para fazer com nossa família, entre , entre, venha a Joana esta aqui na sala!

Sra. Joana:- Oi minha filha tudo bem como você ta? Ontem enfermeira teve aqui e falou que você viria fazer um trabalho da tua faculdade que teria que conversar com nós.

Emilyn: - Sim, como à senhora esta? A senhora e sua família aceitam com que eu realize o meu trabalho da faculdade com vocês? Terei que fazer muitas pergunta, mas todas as perguntas a serem feitas serão de total sigilo, e individual.

Sra. Joana:- Minha filha aqui em casa não precisa fazer individual nos não escondemos nada de ninguém, podemos conversar com todos nos juntos.

Maria:- Se a Joana acha melhor assim, por mim e por o Pedro não tem problema.

Emilyn:- Tenho um termo de consentimento, os quais precisam que vocês assinem, e esclarecem todas as duvidas. E Gostaria de saber qual seria o melhor horário para poder fazer as visitas, se não é incomoda, como vocês se sentem?

Sra. Joana:- Minha filha não e incomodo nenhum venha sempre que puder e precisar, o que for do nosso alcance para nós poder ajudar você nós faremos!

Emilyn:- Então hoje eu vim para conhecer a todos e saber, e ter o primeiro contato com vocês.

Maria:- Pega meu numero de telefone para ligar avisado quando vem e venha sempre que puder minha casa ta de portas abertas para receber você.

Emilyn:- Quantas pessoas moram aqui?

Maria:- Somos cinco no total, três adultos e duas crianças.

Sra. Joana:- Criança não são jovens!

Emilyn:- Não mora mais ninguém?

Maria:- Morava a mãe do Pedro, mas foi em borá, foi morar em um sítio com a outra filha dela, não tava dando muito certo ela aqui, ai era três pessoas pra mim cuidar!

Emilyn:- E o Sr seu Pedro não terá problema para o senhor pelas visitas, as perguntas a serem feitas?

Sr. Pedro:- Não, não o que for do meu alcance para ajudar, eu respondo.

Emilyn:- Fico muito agradecida pelo carinho e a recepção de vocês. A próxima visita pode ser domingo que vem a tarde?

Sra. Joana:- Pode sim minha filha, o horário que você vier estaremos aqui esperando.

Emilyn:- Obrigado! Até fim de semana então Tchau!

Sra. Joana:- Tchau

Maria:- Tchau

Sr. Pedro:- Tchau

Segunda visita realizada

Emilyn:- Ola tudo bem como vocês estão?

Maria:-Tudo bem e você? Estávamos esperando, o Pedro até foi tirar um cochilo depois do almoço e falou que a hora que você chega-se era pra chama

Emilyn:- E a Sra. Joana como passou essa semana?

Sra. Joana:- Oi minha filha to aqui no meu cantinho, passei bem e você?

Emilyn:- Passei bem! Então podemos começar minha entrevista?

Maria:- Sim, pode sim.

Emilyn:- E o Sr seu Pedro tudo certo?

Sr. Pedro:- Sim, pode perguntar o que quiser se souber responder eu respondo se não as Maria e a Joana respondem.

Emilyn:- Então vamos lá, qual o motivo que levou a Sra. Joana a ficar cadeirante pode me contar a historia?

Sra. Joana:- I minha filha faz 17 anos que não caminho tudo por causa de um derrame, eu sentia muita dor de cabeça, ai fui ao medico aqui no hospital, médico me mandou pra casa com remédio falando que era enxaqueca, isso foi de manha, à noite a dor aumentou ai o Pedro me levou no hospital de novo, aquela noite eu fiquei La, ai me mandaram para a cidade de curitibanos no hospital ali, ali o médico me falou que era um derrame e não podia mais fazer nada, naquela época minha filha

ninguém deu bola, ai vim pra casa eu gritava dia e noite, eu não me lembro de nada fiquei mais de seis meses que não sabia quem eu era isso e o que me contam.

Sr. Pedro:- Nossa a Joana gritava dia e noite, nós tinha que trocar ela, dar banho, comida, fazer tudo, olha não foi fácil.

Emilyn:- Qual idade a senhora tinha?

Sra. Joana:- 47 anos de idade, ai minha filha veio um pastor aqui na minha casa me fazer uma oração, depois dessa oração eu comecei a voltar ao normal, deste então sou evangélica, mas só vou à igreja quando vem me buscar porque não consigo ir e muito longe e difícil pó não conseguir andar, mas o pastor sempre vem fazer oração, e todas as manhas eu leio a bíblia e oro.

Emilyn:- Todos aqui na casa são evangélicos?

Sr. Pedro:- Não eu sou católico não praticante.

Maria:- Eu também e muito difícil ir à igreja, mas sou católica também.

Emilyn:- Qual igreja a senhora frequênta?

Sra. Joana:- Congregação Cristã.

Emilyn:- E a senhora dona Joana tem mais algum problema de saúde?

Sra. Joana:- I minha filha depois tive muitos problemas há quatro anos fiz uma cirurgia no estomago,tava com tumor e tinha muito vomito, fiz a retirada do tumor em Joaçaba, tive depressão, e depois anemia tinha que tomar noripurum na veia toda semana, sou diabética e agora to com câncer de pele faço o tratamento em Joaçaba, mas ta controlando.

Emilyn:- A senhora lembra-se das datas quando aconteceu tudo isso?

Sra. Joana:- I minha filha não lembro que foi tanta coisa, mas tentar lembrar para responder da próxima vez.

Emilyn:- Sr. Pedro tem alguma doença?

Sr. Pedro:- Sim tenho pressão alta e ulcera varicosas nas pernas, mas tirando isso o resto e tranqüilo.

Emilyn:- O senhor trabalha com o que?

Sr. Pedro:- Trabalho com reciclagem, junto papel, plástico que as gráficas me dão, depois revendo para ganhar um dinheiro mais.

Emilyn:- O Senhor e aposentado?

Sr. Pedro:- Não to com meus documentos no advogado, tava encostado, mas perdi o beneficio ai entrei com advogado para ver se consigo me aposentar.

Emilyn:- Quantos filhos vocês tem?

Sra. Joana: - Tenho quatro filhos e um adotivo, uma menina e quatro homens, a menina mora em Brusque e me liga todos os dias, os meninos um mora em Ipomeia, mas nunca vem me ver, o outro rapaz mora na linha Baia interior aqui mesmo, mas não tenho nem notícias, outro filho mora em Brusque vem bem raramente e o que é adotivo vem sempre aqui essa mora aqui no bairro.

Emilyn:- A Senhora consegue me falar a ordem de nascimento e o ano em que nasceram?

Sra. Joana:- Minha filha vou anotar bem com calma e da próxima vez que vim eu te falo se não tiver problemas pra você.

Emilyn:- Não tem problema de saúde? Como conheceu a família da Sra. Joana?

Maria:- Eu sabia que você ia chegar nesta parte!

Emilyn:- Mas se você não quiser falar não tem problema!

Maria:- Não, não por mim não tem problema nenhum, então ultimamente tenho muita dor na coluna, tenho problema de tireóide, já fiz tratamento com iodo, mas ta controlada no momento, tudo aqui na casa eu faço, cuido da Joana, do Pedro das crianças, vou traz dos remédios da Joana, do banho nela, levo no banheiro, limpo a casa, lavo roupa, cuido da comida, corro atrás de médico, i faço tudo. Ta mas vou te conta como que u vim parar aqui, o Pedro tinha dois bar um la no centro da cidade e outro no bairro São Jose, ai eu cuidava do bar no bairro São Jose, eu era casada mas me marido me batia muito, ai deixei dele e fui cuidar do bar, ai o Pedro me fez uma proposta de eu ir cuidar da esposa dele que é a Joana, mas eu já tinha um relacionamento com ele, e eu tava grávida de dois meses, ai o Pedro me levou para casa dele, falando para a Joana que eu iria cuidar dela, porque os filhos não cuidavam, e ela não podia ficar sozinha em casa sem ter que cuida-se dela.

Sr. Pedro:- Ai de nos se não fosse a Maria, não sei o que seria de nos.

Sra. Joana:- E não sei mesmo, no começo minha filha eu a aceitei como se tivesse vindo para me ajudar, mas escute o resto da história.

Maria:- Ai comecei a ficar enjoado e passar mal, e a Joana percebeu, eu tava grávida, ai a Joana queria saber de quem era o filho que tinha que ir atrás do pai, e eu falei que não precisava.

Sra. Joana:- Eu já desconfiava que era do Pedro, mas deixei que eles me contassem.

Maria:- Ai um dia de manhã o Pedro saiu, e a Joana veio me pedir se o filho que eu estava esperando não era do Pedro, ai contou tudo para ela, ai ela só me respondeu se eu sabia o que eu tinha feito ai quando o Pedro chegou em casa, a Joana chamou ele e perguntou, ele confirmou, que era verdade a história que a Maria tinha me contado.

Sra. Joana:- No começo não foi fácil, mas minha filha eu não servia mais como mulher ai ele tinha que ter alguém, e eu precisava de alguém para cuidar de mim, ai me sujeitei a concordar e aceitar.

Emilyn:- E como vocês reagiram com tudo isso? Os filhos aceitaram?

Maria:- A Joana me falou assim daí, que ela aceita, mas eu tinha que cuidar muito bem dela, e ia fazer o que filho já tava feito, não era para tirar, ai me chamou de um monte de palavrão também, e eu fiquei bem quietinha ia falar o que tava errada, os filhos deles não gostaram mas ninguém cuidava dela, ela andava na casa de um, de outro, tudo mijada, doente, ai depois que eu comecei a cuidar dela, nunca mais ficou jogada.

Sra. Joana:- No começo não foi fácil minha filha, mas depois fui acostumando, sou bem cuidada, ai eu fala as coisas pra ela, e a Maria ficava bem quieta só escutava.

Emilyn:- Coisas que tipo Sra. Joana?

Sra. Joana:- China, e outros palavrões.

Sr. Pedro:- Mas eu sempre digo não sei o que seria de nos sem a Maria.

Emilyn:- E como é hoje para vocês, viverem todos juntos com as crianças?

Sra. Joana:- E normal a menina que tem 12 anos, o menino de 15 me chamam de vó ou tatá, e quando os irmãos dele vêm aqui visitar que é bem difícil, eles ficam bem bobos agradam um monte.

Emilyn:- Mas ele sabe que a senhor foi casada com Sr. Pedro?

Maria:- Sim sabem, nunca escondemos nada de ninguém.

Emilyn: - Vocês, não se exportam, com as perguntas que estou fazendo? Se alguma coisa que eu perguntar e vocês não queiram responder, podem me falar, que eu não pergunto.

Sra. Joana:- Minha filha pode ficar a vontade para perguntar tudo o que quiser, nos vamos te ajudar no que for preciso.

Emilyn:- Já esta tarde. Vou indo, já fiz muitas perguntas hoje, a sema que vem eu volto tara continuar, pode ser?

Maria:- Sim pode vim quando quiser, sempre estamos em casa.

Sra. Joana:- Volte quando quiser minha filha.

Sr. Pedro:- Sim, sim vamos estar à disposição para quando você vim de novo.

Emilyn:- Obrigado, fico muito agradecida pelo carinho. Tchau, até semana que vem:

Sra. Joana:- Tchau minha filha vai com Deus

Sr. Pedro:- Tchau

Maria: Tchau

Terceira visita:

Emilyn:- Boa tarde, como vocês estão?

Maria:- Oi Emilyn, tudo bem e você?

Emilyn:- Bem.

Sra. Joana:- Oi minha filha

Emilyn:- Podemos começar mais uma entrevista?

Sra. Joana:- Sim podemos, com certeza.

Emilyn:- O seu Pedro não esta?

Maria:- O Pedro ta deitado, mas já vai levantar.

Sra. Joana:- A nona estava aqui desde sexta e foi embora hoje de manhã, desde sexta né Maria, ai o outro filho dela veio buscar.

Emilyn:- Ela vem aqui somente nos fim de semana e fica pouco tempo, eu estou gravando como havia pedido para vocês, não tem problema?

Maria:- Não, a nona veio sexta de manhã.

Maria:- A nona com o pé machucado

Sra. Joana:- Ai foi para casa, é não tem muita coisa no sitio, la só tem trabalho, ai ela não pode fazer nada.

Emilyn:- Ela fica pouco tempo aonde ta daí quer vim aqui novamente.

Sra. Joana:- La eles sai muito nos fim de semana, vão pra la, vem pra ca.

Maria:- Ai ela gosta de vim ficar aqui.

Emilyn:- Mas ela não quer mais vim morram com vocês?

Maria:- Eu não quero mais, não quero.

Sra. Joana:- Ela já é de idade, ai fica muito para a Maria cuidar de nós duas não e fácil.

Maria:- Só nesta casa ela já veio morar mais de 6 vezes.

Sra. Joana:- Já perdi até as contas

Maria:- Ela saiu daqui quando viemos morar aqui, isso já faz uns 8 ou 9 anos

Emilyn:- Quando vocês vieram morram aqui?

Maria:- Viemos morar aqui em 2010, foi quando a gente voltou de Brusque, tava de varde esta casa, fazia uma semana que a casa vazia, ai alugamos, ai nova veio ficou uns cinco ou seis meses, ai foi morar com a outra filha dela, ai voltou aqui de novo, ai foi morar em Gaspar, só pra Gaspar ela foi três vezes, só depois que estamos nesta casa, ai foi morar sozinha com uma filha dela, ai ela ficou lá uns dois meses, ai ela voltou aqui de novo, e com a filha dela ela já foi uma três vezes morar, e voltou aqui de novo né Joana? Ela não para.

Emilyn:- A casa tem quantos cômodos?

Maria:- Três quantos, banheiro, cozinha com sala, lavanderia La fora

Emilyn:- O banheiro e dentro de casa?

Maria:- Sim aqui dentro da casa

Maria:- A nona não para, ai agora ela tava doente, e não se acertava com a minha menina.

Sra. Joana:- Não se amarrava mais os cavalos juntos

Emilyn:- Elas brigavam muito, teria algum motivo?

Maria:- E que na verdade aconteceram umas coisas meio esquisitas, ai a nona falava que a minha menina era a culpada.

Emilyn:- Coisas esquisitas como o que vocês podem me falar?

Maria:- O irmão do Pedro morava aqui com agente também, ai o Pedro falou que não aceitava ele aqui dentro de casa, e ele era tarado por criança.

Emilyn:- Desculpa a pergunta, mas ele abusou da sua filha?

Maria:- Não, ele nem sairia vivo daqui desta casa, se acontece alguma coisa com ela Emilyn.

Sra. Joana:- Graças a Deus que não aconteceu nada.

Emilyn:- Que idade ele tinha?

Sra. Joana:- Ele tem cinqüenta e poucos anos.

Maria:- Já é uma pessoa velha, ele tava preso, fiou seis meses preso, ai ele veio ficar aqui com gente, mas eu nunca vi nada, ai no natal ele começou a mandar umas mensagens estranha para a minha menina, ai eu fiquei desconfiada, e falei para o Pedro, ai quando eu cuidava o Pedro cuidava, quando foi no primeiro do ano, eu o peguei se masturbando aqui no corredor, eu tava sentada aqui perto da porta.

Sra. Joana:- Você viu que coisa mais escandalosa, aqui no corredor de casa.

Emilyn:- Sra. Joana estava aonde? E quem viu?

Sra. Joana:- Eu estava deitada la no quarto.

Maria:- Eu estava sentada perto da porta e a nona onde a Joana esta sentada agora perto da mesa, e o Pedro estava deitado, ele e a Joana sempre deitam depois do almoço para descansar, mas a nona não viu ai o Pedro levantou e pegou ele naquela situação

Sra. Joana:- Numa daquelas o Pedro levanta, e pega o irmãzinho dele naquela posição que você conhece dos tarados né!

Emilyn:- E que reação o seu Pedro teve?

Maria:- O irmão dele saiu correndo e foi para fora e foi embora.

Emilyn:- Ele foi embora?

Maria:- O Pedro falou que não que mais conversa com ele, ele já foi preso varias vezes pelo mesmo motivo, não e a primeira vez, mas nunca tinha acontecido isso dentro casa.

Sra. Joana:- É uma pena né, Deus nos livre

Emilyn:- Ele nunca tentou nada a mais com a menina?

Sra. Joana:- Ele um baita de um homem, barrigudo, pior que o Pedro, já imaginou pegar uma menina desta, o que não acontece.

Maria:- Acho que aconteceu alguma coisa, ela não fala ela não conta, ai a nona começou a chamar de vagabunda, que ela que dava confiança para ele, o tarado e sempre assim vai agradando com doces, dinheiro, ele trouxe bolo, mas eu paguei, pedi para ele encomendar mas eu paguei, ai a gente na boa fé

Sra. Joana:- Ele abusou da boa fé, só isso

Emilyn:- A nona não aceitou nada do que aconteceu foi isso?

Sra. Joana:- A nona acha que não é ele o culpado, ela sempre protege ele, uma vez a mulher dele tava dentro da casa dele, da nona e o meu marido tava- la, conversando com a nona, eu fui sai, as minha duas sobrinhas tavão tomando banho no banheiro, e eu foi sai la fora, e me dou com ele naquela posição fazendo a mesma coisa que aqui, ai foi para casa fiquei com vergonha, eu burra em vez de ter dado um grito, o que é isso, mas eu fiquei com vergonha, ai fui embora.

Maria:- Ele tinha ate um quartinho aqui, porque no meu quarto tem cama de casal e um beliche, ai tem o quartinho do meio, ali não cabe muita coisa, mas dava pra ele, ele ficava ali, i ajudava o Pedro, ele não era de ficar parado, ai o Pedro luta com os reciclados dele.

Emilyn:- O Sr. Pedro trabalha com reciclagem? Mas ele pega nas ruas?

Maria:- Ele tem uns quantos lugar pronto para pegar, um dia por semana na gráfica la em baixo, na distribuidora de bebidas, ai onde ele vaia encontrado ele vai pegando e trazendo.

Emilyn:- Mas os materiais ele compra ou ele ganha?

Maria:- De vez em quando ele compra latinha que alguém em vender, ou alguém que traz papelão.

Emilyn:- Ele revende tudo?

Maria:- Sim ele mesmo enche a Kombi e vai vender, ai vai à Liberata que eles compram ai perto do portal também, porque só o pagamento dele não da.

Emilyn:- E você Maria, quantos irmãos são me conte um pouco de você?

Maria:- Somos seis irmãos, quatro homens e duas mulheres.

Emilyn:- Você é a mais velha do meio, a qual?

Maria:- Sou a ultima a nenê da casa, porque e assim dois pia e uma menina, dois pia e um menina, mas uns dos meus irmãos já e morto, o segundo dos mais velhos, o mais velho mora perto de Curitiba em Guaratuba, um em Frei Rogério, e outros dois moram aqui agora.

Emilyn:- Você tem contato com todos?

Maria:- Sim, sempre vem aqui em casa.

Emilyn:- E o seu Pedro quantos irmãos tem?

Maria:- São nove né Pedro? Três mulheres e o resto homem.

Emilyn:- Você e o mais velho, mais novo, pode me dizer seu Pedro?

Sra. Joana: Dos homens o mais velho, mas a mais velha e uma mulher que tem 72 anos.

Emilyn:- Sr. Pedro tem que idade?

Maria:- Vai fazer 70 anos em junho, não julho, daí tem os que são diferença de dois em dois anos

Sr Joana:- Já ta nos setenta.

Emilyn:- E a Joana tem que idade?

Maria:- Tem 64 anos.

Emilyn:- E você Maria qual a idade?

Maria:- Tenho 36 anos.

Sra. Joana:- aqui a mais novinha e a Maria.

Maria:- Mais sou a mais esgualpada.

Emilyn:- E o Sr. Pedro e aposentado?

Maria:- Não.

Sra. Joana:- Não ele fez a parecia mais não conseguiu, não passou, parece que vai ter que fazer mais uma isso são um saco.

Maria: - Ele rodou, já faz uns seis ou sete anos que ta na mão do advogado.

Sra. Joana:- Parece que agora vão resolver, mas tem que esperar mais uns dias.

Maria:- Mas ele tem idade para se aposentar, por que com 65 anos, ai ele levou no advogado, o advogado falou que faltava 4 não 3 meses de contribuição pro INSS, ai ele pagou esse três meses, se não me engano ele pagou 78 reais né, por mês.

Sra. Joana:- Nem me lembro mais de quanto que é, ele já vai fazer 70

Maria:- Ele pagou três, ai o advogado falou para não pagar mais, que já tinha interado a contribuição, por que eram 15 anos na época, agora to com todos os papeis dele ali para ela se encostar, ai agora a advogada falou que não é para ele pagar mais, não é pra pagar nada, como ele vai fazer 70 anos, já tem 16 anos e 23 dias de contribuição.

Sra. Joana:- Ele já ta encostado, ele tem que se aposentar agora, agora então é o que a advogada vai resolver

Maria:- Ai a advogada falou que agora depois do dia 20, e para ele ir la, pra ver se eles conseguiram aposentar ele por idade, porque ele já tem todos os nos de contribuição, eu não sei o que eles estão esperando, que na verdade já tinha que ta aposentado, porque de tudo os anos dele de carteira, firma e tudo deu 16 anos e 23 dias.

Sra. Joana:- Já era o suficiente para ter, se aposentado, mas cada ano muda essas leis, e para nós, só sacrifício.

Emilyn:- E a Senhora dona Joana tem quantos irmãos?

Sra. Joana: Eu?

Emilyn:- Sim!

Sra. Joana:- Irmão mesmo tem só um agora, tinha um irmão que era o mai velho é morto, agora tenho só um.

Emilyn:- Vocês eram três irmãos.

Maria:- Mas um era adotivo.

Sra. Joana:- Não, não era adotivo, por que o pai registro ele no nome legítimo, então ele e meu irmão

Emilyn:- Para eu entender melhor ele foi adotado, mas seu pai registrou com o sobre nome dele é isso?

Maria:- Mas por parte da Joana é só irmã.

Sra. Joana:- Sim isso mesmo, mas somos seis irmãs é isso Maria? É seis!

Maria:- Sim tem tuas irmãs tudo, seis sete com você.

Sra. Joana:- Sete comigo.

Maria:- Não com você e nove então, porque tem o que morreu que você me falou não conheci, ai mais esse registrado no nome do teu pai não é oito com a Joana.

Emilyn:- São oito contando todos, e a Sra. Joana e mais nova o a mais velha?

Sra. Joana:- Eu sou a terceira, das mais velhas, eu sou a terceira das bonecas.

Maria:- Mas do segundo casamento do seu pai tem só uma né?

Sra. Joana:- Sim só uma menina, ai o menino que é adotivo do segundo casamento que o pai e a outra mulher dele pegaram para cuidar como eu já falei.

Emilyn:- E o pai e a mãe já são mortos?

Sra. Joana:- Sim a minha mãe já faz tempo eu ia fazer nove anos quando minha mãe morreu, sim faz muitos anos, já perdi ate a conta.

Emilyn:- E a sua Maria?

Maria:- A minha fez dois anos.

Emilyn:- E seu pai?

Maria:- Meu pai já é morto também, eu tava grávida da menina quando ele faleceu, tava grávida de cinco meses, ele já tava doente, tinha aquela doença, barriga de água, ele perdeu os movimentos das pernas, e as pernas dele ficou bem fininha ai ela andava se arrastando pelo chão até a cozinha.

Emilyn:- E você Maria sempre morou aqui?

Maria:- Não eu nasci em Frei Rogério, la na fazenda dos Fernandes, mas na verdade a mãe contava que ela ficou mau para ganhar eu ai ela foi levada para curitibanos e la perto do campo de aviação em curitibanos ela ganhou eu, ela sempre contava que nunca ia esquecer, ganhou eu em uma Kombi azul, ela sempre me contava, ai com nove anos viemos morar no interior de Fraiburgo mais perto da cidade, ai estudei em uma escola perda da estrada de segundo ano ate quarto, vim

morar aqui na cidade e nunca mais voltei lá, eu tinha uns 12 ou 13 anos quando vim de lá, aí viemos morar no bairro do São Sebastião, fomos morar com um irmão da mãe, ficamos lá uns dois meses aí fomos morar no bairro Jardim América, fomos pagar aluguel ali, perto da casa da tia Nascimento irmã da mãe, aí fomos para o Santo Antônio perto da faculdade, pagar aluguel também, aí meu irmão ganhou um lote que é onde é o bairro Aparecida, aí meu outro irmão pediu a conta na empresa, e compro a madeira, aí fizemos a casa, depois que a casa estava pronta meu irmão vendeu a casa.

Sra. Joana:- Deixou vocês na pendura.

Maria:- Aí ele vendeu a casa, mas para meu outro irmão, e a mãe ficou morando ali muitos anos até morrer, mas isso eu já era casada, mas foi ao começo do bairro aqui, foi as nossas primeiras casinhas, nem rua não tinha era só carreiros como falavam antigamente, era tudo barraquinha, aí depois foi sendo arrumada colocada água, luz e assim foi crescendo o bairro, ali eu morrei só três anos.

Emilyn:- Você falou que foi casada antes, pode me contar?

Maria:- Casada não fui morar junto, fiquei três anos e cinco meses, não tive nem um filho dele, aí fui ter de um homem casado.

Sra. Joana:- Quem manda ser tarada por homem casado, mas daí hoje eu não teria quem me cuidasse, e hoje me dou muito bem com a Maria, ela sabe disso

Maria:- Eu fui casada com um homem que ficou cego, ele levou um tiro no olho em um bar de mulher, ele estava comigo e foi em um bar e levou um tiro brigou lá e fizeram isso com ele, aí ficou cego.

Sra. Joana:- A Maria passou um pouco de coisas antes de vim pra cá.

Maria:- Eu fui morar com ele eu tinha 15 anos de idade, e fiquei um bom tempo com ele, mas a mãe dele começou a falar que eu não tinha obrigação de cuidar dele, que não tinha nenhum filho com ele, aí foram atrás de outra mulher para ele e eu fui embora.

Emilyn: E quando você conheceu o Sr. Pedro e Joana?

Maria:- Como eu falei a Joana vivia uma peteca, um pouco os filhos cuidavam, um pouco a nona que morava junto, os vizinhos vinham trocar ela e assim ia, porque o Pedro tinha dois bares nesta época.

Sra. Joana:- O Pedro vivia mais na gandaia do que em casa, daí até que achou uma quenga e trouxe pra me cuidar.

Maria:- Até que um dia ele tinha um bar de mulher e pediu se eu ia tocar la pra ele cuidar, ai eu cuidava do bar la na cidade e ele no do bairro aqui na frente da escola, ai não dava muito certo porque a essa mulherada não queria saber de trabalhar, ai foi ai que nos fomos nos conhecendo e eu engravidei do menino, mas nessa época ela tinha na casa da irmã dela para a irmã cuidar.

Sra. Joana:- Mas eu fiquei só três dias na casa da minha irmã, ai ela mandou o recado que era para ir me buscar, daí eu voltei

Maria:- Ai, contaram para a Joana que eu tava grávida do marido dela, ai ela mandou me buscar e queria conversar comigo, como que o Pedro ia sustentar duas casas, ai ela me fez uma proposta e acertamos os valores e fomos morar todos juntos em uma casa de duas pesas, ai na cozinha ficava berço do menino, e no outro cômodo a cama dela e a nossa para nos poder cuidar dela a noite trocar, virar ela e poder fazer tudo, ai eu cuidava dela de dia e o Pedro de noite, ai foi indo e indo e estamos até hoje faz quase 15 anos.

Emilyn:- Boa tarde seu Pedro como o senhor ta?

Sr. Pedro:- Bem, tava tirando um sono

Emilyn:- E como é a relação com o posto de saúde?

Sra. Joana:- Já não tão vindo tanto quanto antes, mudou o médico, e ele já não é tão dedicado quanto ao outro que tava.

Emilyn:- E as agentes de saúde?

Sra. Joana:- Sim as agentes são prestativas elas vêm sempre.

Maria:- Vem uma vez por mês

Emilyn:- Quanto às medicações, e receitas, as agentes trazem ou vocês vão buscar na unidade de saúde?

Sra. Joana:- A Maria vai buscar

Maria:- Ela usa duas medicações controlada ai tem que buscar na farmácia la na secretaria la perto do lago, mas eu tenho que ir pegar a receita ali no postinho sempre antes do remédio acabar, porque demora para ficar pronta a receita.

Sra. Joana:- Por isso que eu sempre preciso da visita de um médico aqui, porque esses remédios precisam de receita, ai ele vindo aqui fica mais fácil

Maria:- Mas a cada dois meses vem alguém perguntar como que ta, principalmente as agentes, se não eu ligo la e falo com a enfermeira ai ela vem ver a pressão, a diabetes.

Sra. Joana:- Essa menina ali é muito prestativa.

Maria:- Eu levei a Joana ali no posto umas duas ou três vezes ele enchemo saco, ela fazia uso de hidroclorotiazida, um comprimido, ai ela tinha que fazer xixi em um frasco tinha que coletar o xixi de 24 horas mas ela fez nem 20 ml, eu fiquei preocupada, e levei ela ali, o enfermeiro do acolhimento me, me falou um monte que quando o exame tive-se pronto era para levar ela, ai eu expliquei que não, que ela não tinha feito xixi, para o exame e já que eu tinha ido ali eu queria uma consulta com o médico, já não e fácil sair com ela, ainda mais este posto, que e la em baixo e ruim de ir com ela, la em cima o médico não vai atender, o guarda sempre tem que ajudar a descer com ela porque é um buraco la para chegar e ainda ele me falar que não era pra ter aparecido la com ela e só levar o exames pro médico ver, ai o paciente não pode entrar por cima que tem escada para descer ai la em baixo e uma cainhada, eu falei que não ia voltar com ela e o médico vim atender aqui em casa, já que tava-la com ela era só consultar, ele da risada da cara da gente.

Emilyn:- A senhora tem difícil acesso na unidade de saúde.

Sra. Joana:- Sim minha filha tem.

Maria:- E não é só a Joana, tem mais gente que usa cadeira de rodas que o guarda tem que ajudar a buscar e descer.

Sra. Joana:- E um sacrifício minha filha, um sacrifício, para sair de casa imagina naquela descida.

Maria:- As agentes sempre passam pedindo se ninguém ficou internado, se não tem gestante, e se precisa de alguma coisa.

Sra. Joana:- Só o médio mesmo que é difícil não e fácil, mas as enfermeiras e o restante da equipe são.

Emilyn:- O diabetes vocês mesmo fazem o controle?

Sra. Joana:- Não, quando eles vêm aqui fazer eu sei como ta se não, não só o uso da medicação, ai quando eu me em cômodo ela sobe ai eu já sei que e a diabetes.

Emilyn:- E assistência e para todos aqui da casa?

Sra. Joana:- Não só para mim, os que caminhão tem que ir ao posto, o Pedro, a Maria e as crianças tem que ir la, antes tinha a nona, mas agora ficou só eu.

Maria:- O Pedro que tem as feridas nas pernas e bem complicado tem que ir la.

Sr. Pedro:- I agora que to caminhando, mas antes tava bem difícil e tive que ir la do mesmo jeito, e não consigo ir caminhando é longe para ir a pé, tenho as pernas travadas e dói muito meus pés, caminhar mesmo só ao redor da casa.

Sra. Joana:- Sai passear nem pensar, dirigir o Pedro não consegue mais, i faz tempo que não saímos mais, só se for ao médico ou fazer exames quando precisa, se não só em casa

Emilyn:- E como à senhora se sente ficando só em casa?

Sra. Joana:- Já acostumei nem ligo mais

Maria:- Mas a Joana levanta um pouco tarde, toma café, Le a bíblia, ora, ai lê uns livros que ela tem ali.

Emilyn:- Quem tem mais crenças e a Sra. Joana?

Sra. Joana:- Eu não posso ficar nem um dia sem ler a palavra de Deus, graças a Deus não sou mal agradecida, isso foi Deus quem me fez uma obra, se não já era para estar em baixo da terra a muito tempo, eu quase não vou a igreja, só quando alguma irmã vem me buscar ai eu vou, se não e sempre em casa que eu faço minhas oração, eu fico aqui e também faço meus tricôs alguma coisa que eu saiba fazer também, e é assim que a gente passa o tempo.

Maria:- Passo meu tempo cuidando da Joana, do Pedro, dos filhos, da casa, da roupa, comida, vou à farmácia, mercado, cuido de tudo que diz respeito à casa.

Sra. Joana:- Até meu pagamento é ela quem recebe tudo ela que faz, é uma menina muito prestativa dentro de casa, isso eu posso dizer, deus nos livres se não fosse ela aqui o que seria de mim

Maria:- Antes a deixava com a nona, mas agora tem que ficar sozinha quando precisa, eu fecho a porta com a chave joga em cima da mesa, quando chego já tem alguém ai com ela, mas o lugar mais longe que vou é quando ou buscar as fraldas que e la no PA.

Emilyn:- A senhora usa fralda direto sempre?

Sra. Joana:- Não só pra dormir e quando a Maria sai daí não consigo ir sozinha no banheiro, ai coloca fralda, vai que me apuro.

Maria:- Mas eles só dão dois pacotes de fralda e sempre falta, ai tem que comprar, já teve mês que foi usado quatro pacotes, ai de vez em quando alguém doa, mas com o salário que ganha não da, sempre tem um remédio ou outro pra compra.

Emilyn:- O único beneficio que tem, e o da Sra. Joana?

Maria:- Sim, e o que o Pedro vende da reciclagem que não dá muito, aí o aluguel é 400 reais, luz e água mais sem, daí com o resto e divido com mercado, farmácia e assim a gente se vira como dá.

A entrevista foi interrompida, chegou visita

Ultima visita:

Emilyn:- Boa tarde? Tudo bem com vocês?

Maria:- Oi Emilyn tudo bem, como você tá, estamos bem.

Sra. Joana:- Bem minha filha só com um pouco de gripe.

Sr. Pedro:- Bem só com um pouco de frio.

Emilyn:- Posso começar mais uma entrevista com vocês?

Sra. Joana:- Sim! Com certeza.

Maria:- Pode sim Emilyn.

Emilyn:- Vamos lá, hoje vou fazer perguntas em objetivas para vocês? Que ano a senhora nasceu dona Joana?

Sra. Joana:- Eu nasci dia nove, não, não tô errada, me ajude aí Maria você que sabe bem.

Sr. Pedro:- Veja um documento dela bem certo.

Maria:- Onze do nove de mil novecentos e cinquenta e três.

Sr. Pedro: O meu eu sei de décor.

Emilyn: - Qual a idade que a senhora tinha quando casou?

Sra. Joana:- Eu fiz quinze anos minha filha.

Emilyn:- A senhora lembra o ano?

Sra. Joana:- Não tem que olhar em um documento.

Emilyn:- Não tem problema se a senhora não lembra, quantos anos a senhora ficou casada?

Sra. Joana:- já faz um monte, já faz cinquenta né.

Maria:- Não, não dá, você ficou dez anos casada e dez anos separada.

Sr. Pedro:- E só fazer a conta.

Sra. Joana:- Nunca fui divorciada.

Maria:- Pedro tem que contar a partir da data do casamento, por que vocês nunca foram divorciados.

Emilyn:- Seus pais como a senhora já me contou não são mais vivos.

Sra. Joana:- Não nenhum.

Emilyn:- A senhora lembra em que ano eles morreram? Quanto tempo faz?

Sra. Joana:- I minha mãe faz cinqüenta e poucos anos eu tinha entre sete e nove anos.

Emilyn:- E seu pai?

Sra. Joana:- Não sei quantos anos, mas ele morreu muito tempo depois.

Emilyn:- A senhora não lembra que idade a tinha?

Sra. Joana:-Não me lembro, quando perdi meu pai foi quando começou a me dar esses derrames, logo depois que o perdi.

Sra. Pedro:- Quantos anos faz que o compadre morreu?

Maria:- Sim, mas a Joana não lembra.

Sra. Joana:- Depois que o meu pai que me deu todos esses derrames.

Sr. Pedro:- Então faz 18 anos.

Emilyn:- Ele tinha algum problema de saúde?

Sra. Joana:- Tinha mal de Alzheimer.

Emilyn:- E sua mãe?

Sra. Joana:- Minha mãe morreu de câncer, mas depois de tudo isso, ele teve um ataque do coração e morreu disso.

Emilyn:- Ela infarto.

Sra. Joana:- Isso mesmo.

Emilyn:- Quantos aos filhos da senhora, quantos são?

Sra. Joana:- Seis filhos.

Emilyn:- Quem é o primeiro a senhora pode me contar na ordem?

Sra. Joana:- Primeiro ma menina.

Emilyn:- A senhora lembra a idade com que teve ela?

Sra. Joana:- Tinha 16 anos, o meu primeiro presente de casamento.

Maria:- Quando ela fez 16 anos ela ganhou a primeira filha que tem 48 anos hoje e mora em Brusque, e que é a que mais liga, liga todos os dias.

Emilyn:- E os demais filhos?

Sra. Joana:- Logo em seguida veio meu menino, que é um menino, quando a menina tinha um 1 ano e 3 meses ganhei ele, pense bem a ri viria que deu na minha vida, depois os outros vieram de dois em dois anos.

Emilyn:- E eles morram aonde?

Sra. Joana:- Um mora em Ipomeia, próximo a caçador.

Sr. Pedro:- Em São Domingos.

Emilyn:- E os outros?

Sra. Joana:- Ai veio o outro rapaz, que tem 44 anos, ai tem um de 42 que mora em Brusque, ai tem outra menina que mora em Monte Carlos que tem 38 anos.

Emilyn:- Mas tem um dos seus filhos que é adotivo, que a senhora me contou outro dia.

Sra. Joana:- Sim O que mora aqui no bairro tem 36 anos que é adotivo, mas é meu filho, não foi eu quem ganhou, desta eu me livrei, mas e registrado no meu nome.

Emilyn:- Filho mesmo é cinco e um adotivos, é isso? E todos foram de parto normal.

Sra. Joana:- Sim isso mesmo, todos.

Emilyn:- Qual a idade da senhora quando ficou doente?

Sra. Joana:- I agora não me lembro.

Maria:- Tinha 47 anos.

Sr. Pedro:- E só saber quantos anos tem e diminuir 18 anos.

Emilyn:- Faz 18 anos que a senhora não caminha, fica somente na cadeira de rodas?

Sra. Joana:- Sim minha filha já faz tudo isso.

Emilyn:- qual seu grau de escolaridade dona Joana?

Sra. Joana:- Minha filha de estudante sou péssima, fiz só até o quanto ano e olha minha filha.

Emilyn:- A Senhora é aposentada, ou recebe algum benefício?

Sra. Joana:- Recebo sim o LOAS, ainda não consegui me aposentar, e nem sei se vou, por que esse benefício eles me falaram que eu vou receber sempre

Sr. Pedro:- Isso e pra eles não pagarem a aposentadoria, mas só eu conseguir me aposentar vou mexer com isso.

Emilyn:- A senhora pode me contar um pouco mais como foi quanto a senhora teve o AVC?

Sra. Joana:-Então após o derrame eu fiquei de cama, gritava dia e noite, mas sabe o que eu penso que aquelas dor na minha cabeça e que eu gritava muito era coisa da minha cabeça era o psicológico, porque depois que eu me batizei na igreja evangélica, que eles me batizaram sumiu aquelas dores, aqueles gritos que tinha.

Sr. Pedro:- Ela gritava sim ela ficava o dia todo gritando aiaiai, oooooooo, bem alto, eu perguntava o que, que dói e ela respondia nada.

Sra. Joana:- Eu fiquei louca

Sr. Pedro:- Ela ficava quieta alguns minutos e após começava a gritar novamente, ai o medico falou que não era pra se incomodar porque era na mente dela, ficou gravado na mente dela tudo o que ela passou.

Emilyn:- E quando a senhora descobriu o câncer de pele?

Sra. Joana:- Não lembro quando descobri que tinha, mas já faz tempo, você lembra Maria?

Maria:- Foi em 2008 eu acho Joana.

Emilyn:- E quando a senhora fez a cirurgia do estomago? Quando a senhora descobriu?

Sra. Joana:- Faz três anos foi em 2016, porque a primeira cirurgia foi feito no hospital aqui, ai falaram que era a vesícula,ai eu vim para casa e fiquei na mesma, foi em Joaçaba que eles descobriram o que eu tinha, me operaram de novo e me falaram era o intestino.

Maria:- Eles mexeram somente no intestino

Sr. Pedro:- Eles falaram que era um tumor que tinha, mas era pequeno, e foi tirado.

Maria:- Não era tumor, era uma sujeira que foi acumulando ali e teve que ser retirado, foi isso que o médico falou la.

Sra. Joana:- Eles falaram nódulo sim, o médico veio me falar depois, eu lembro.

Emilyn:- O que a senhora mais gosta de fazer no dia a dia Sr Joana?

Sra. Joana:- O que eu mais gosto de fazer minha filha é orar, por que isso é o que fortalece minha vida, é isso que me mantém viva, então isso é o que eu mais gosto de fazer, e outra coisa que eu faço e tricô pra mim não endurecer meus dedos, então eu vivo fazendo tricô.

Emilyn:- Como a senhora já havia me falado, faz 8 anos que vocês morram aqui nesta casa

Sra. Joana:- Agora e com a Maria.

Maria:- Sim em março deste ano fez 8 anos

Sr. Pedro:- Pra quem alugou para seis meses, já faz oito anos, sem contrato sem nada.

Maria:- Já estamos sentindo dono da casa.

Sr. Pedro:- Até agora não pediu pra renovar contrato.

Sra. Joana:- E a gente ta acostumado mesmo morar aqui, por que eu posso ir pro quarto, vim pra cozinha, não tem degrau nada, mas no banheiro e uma tristeza, la eu não posso ir é muito pequeno, então quando eu vou fazer minhas higiene, minhas coisas e tudo no meu quarto, ai eu tenho uma cadeira de banho, ai a Maria leva água, leva tudo la para mim, eu me lavo, faço minhas necessidade tudo no meu quarto, no banheiro não posso ir, é muito pequeno e tem Box onde não entra a cadeira, ai é difícil.

Emilyn:- A senhora tem difícil acesso ao banheiro da casa!

Sra. Joana:- Sim.

Emilyn:- E qual o sentimento com a senhora, quanto a tudo isso?

Sra. Joana:- Sei que não é fácil, mas tenho que aceitar, ainda que tenho quem me ajude, e tenho onde fazer minhas necessidades

Emilyn:- E para a senhora sair da casa como é? Vejo que tem é difícil o acesso aqui.

Sra. Joana:- Não saio minha filha fico só aqui dentro, mesmo por causa do câncer de pele, não posso pegar sol, passo meses aqui dentro desta casa, faz muito tempo que não sei o que pegar sol.

Maria:- Mas poderia passar um protetor e sai ali não teria problema.

Sra. Joana:- Ela que me matar.

Emilyn:- Quem cuida da senhora 24 horas?

Sra. Joana:- E a dona Maria, ela e como uma filha pra mim. Bem mais que filha, é ela que me da o banho, me leva no banheiro, troca minha roupa, me tira da cama, me coloca na cama, troca minha fralda, tudo passo nas mãos dela.

Emilyn:- E com seus filhos como é a relação entre vocês?

Sra. Joana:- Só com a menina de Brusque, que me liga todos os dias, já os outros quando lembram que tem mãe, ligam e perguntam como que eu estou no dia das mães fiquei feliz eles descobriram que tem mãe, faz já fazia um ano que ninguém dos outros ligava, ai a minha filha mais nova ta com o carro preso ai ela se esquece de mim e se preocupa somente as coisas dele, isso é mais importante, que eu, só o marido é importante, mas fazer o que.

Sr. Pedro:- Já a menina mais velha nesta distancia não esquece nem um dia de nos.

Sra. Joana:- Mas fazer o que é minha filha não vou deixar de amar por isso.

Sr. Pedro:- Já a que morra aqui pertinho não da bola nem liga para nos.

Emilyn:- Maria você pode falar um pouco sobre você?

Maria:- Sim.

Emilyn:- E seus pais são vivos?

Maria:- Não o pai já faz 12 anos que faleceu, não 13 anos, ele ficou muito tempo sem caminhar também, ficou muito inchado, pelo jeito tinha barriga de água, ele foi para Curitiba duas vezes tirar água da barriga.

Emilyn:- Ele era alcoólatra?

Sra Joana:- Sim, bebia muito, né Maria?

Emilyn:- Ele tinha cirrose?

Maria:- Isso mesmo.

Sr. Pedro:- Ele ficou fora da casinha também.

Maria:- Não Pedro ele ficou daquele jeito pela fraqueza, ele não comia.

Emilyn:- E sua mãe?

Maria:- A mãe tinha cirrose também, câncer de estômago, ulcera, não tinha mis um pulmão, a mãe faleceu em 2016 e o pai em 2004 o pai tinha 58 anos quando faleceu.

Sr. Pedro:- Também, comia cigarro.

Maria:- Sim ela bebia e fumava.

Emilyn:- E você Maria tem algum problema de saúde?

Maria:- É melhor você perguntar o que eu não tenho, mas o que eu estou me tratando agora e só a pressão.

Emilyn:- Qual o grau de escolaridade?

Maria:- Estudei até o quarto grau. Quarta serie como falam.

Emily:- Em que anos você veio morar aqui com Joana?

Maria:- Foi em 2002, que eu vim morar na casa deles, ai eu tive meu menino em 2003.

Sra. Joana:- Quando ela veio morar aqui ela já tava grávida do pia, ai a menina eu tive em 2005, com 23 anos eu ganhei o menino e com 25 anos ganhei a menina, e que dez anos da minha vida se passaram que eu nem vi agora já to com 36 anos.

Emilyn:- E como você se sentiu ao vim morar aqui?

Maria:- A eu fiquei com medo, não sabia qual seria a reação da Joana, o Pedro falava que ela era louca, ai fiquei com medo que ela pula-se na gente, mas não.

Emilyn:- E a Sra. Joana, como ficou?

Sra. Joana:- Eu não ia maltratar ela, ela veio para me cuidar, nos sempre se demos bem graças a Deus.

Maria:- Eu me dou mais bem a Joana, do que com Pedro, de vez em quando nos brigamos, ele tem que ficar bem quieto se não ele apanha.

Emilyn:- E seu Pedro, em que ano o senhor nasceu?

Sr. Pedro:- Eu nasci em 18 de julho de 1948, eu tinha 21 anos quando casei com a Joana, minha mãe ainda e viva, meu pai faleceu de câncer no pâncreas, e a mãe e só hipertensa não tem nenhum outro problema de saúde, mas meu pai faz 28 ou 29 anos que já e morto.

Sra. Joana:- Já faz 30 anos.

Emilyn:- E problema de saúde, o senhor tem?

Sr. Pedro:- Sim, sou hipertenso, tenho essas feridas nas pernas, tenho problema de coração, e o coração grande foi isso que o medico falou.

Emilyn:- E o senhor como se sente morando com Maria, e a Joana?

Sr. Pedro:- Pra mim e normal, eu tinha que ter alguém para cuidar já Joana, e a Maria tava grávida foi a única solução que eu achei, mas eu vivo com a Maria, mas não sou divorciado no papel.

Emilyn:- E a Sra. Joana, buscou tratamento após o AVC?

Sra. Joana:- Sim minha filha, foi feito fisioterapia na água, exercícios, mas de nada adiantou, ai abandonei tudo, e pra começar não tinha como ta indo la, era ruim, ai abandonei tudo.

Emilyn:- E como é com a enfermeira, o atendimento com posto de saúde?

Sra. Joana:- Sempre que preciso a Maria liga la, a enfermeira vem, vem ela e o medico, as agentes de saúde, agora no começo do mês eles vieram me vacina, sempre que preciso eles são muito prontos para atender, eles dão um atendimento muito bom.

Maria:- Sim, eu ligo la, ai eles agendam a consulta ai vem a enfermeira o médico, mas remédios essas, coisas tenho que ir buscar sempre, quando ta quase faltado eu vou buscar, e quando a receita vence, eu falo com a enfermeira e ela já vê, se tiver que passar com consulta, ou ela manda a agente vim aqui entregar a receita nova, não da pra reclamar de nada.

Emilyn:- E quanto aos vizinhos como são?

Maria:- Não temos muito acesso e cada um na sua casa, do o que veio aqui, aquele dia que você tava, aquele que tem problema mental, só ele que vem.

Sra. Joana:- Aquele vem todo fim de tarde ver como que nos estamos.

Sr. Pedro:- Sim, não passa um dia que ele não venha, e se não veio e porque ta doente.

Emilyn:- Em relação ao lazer sair, passear como é?

Maria:- Não, a gente não sai passear, porque não tem como levar a Joana ai à gente não deixa ela sozinha, tanto que tem que levar ela no banheiro, e se eu saio, tipo i pagar uma conta algo assim, que não tenha ninguém em casa que fique com ela, eu coloco a fralda, ela usa fralda, só pra dormir e nesses casos, que daí ela não consegue ir ao banheiro, ai deixo tudo no alcance dela, pra que la possa pegar, ou deixo ela na cama se for algo rápido que eu já volte. Mas sai assim pra passear faz tempo que a gente não faz.

Sra. Joana:- I minha filha não e fácil, mas só Deus para confortar e dar força.

Emilyn:- E hoje como a senhora é?

Sra. Joana:- Olha minha filha sou feliz, porque, deus colocou a Maria na minha vida para cuidar de mim, e tudo isso que acontece comigo e porque deve ter um propósito na minha vida, o que e para mim outra pessoa não passa, e assim vai ser ate quando Jesus quiser me levar, mais até a Maria e Pedro vão ter que me agüentar. Mas nos se damos muito bem.

Maria:- Emilyn eu sempre falo o que seria da vida da Joana se eu não cuida-se dela, e nos se damos muito bem.

Sra. Joana:- Eu sou feliz minha filha, muito feliz mesmo.

ANEXOS

ANEXO A - Termo de consentimento de pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO DE PESQUISA

A/C UNIVERSIDADE ALTO VALE DO RIO DO PEIXE – UNIARP

CURSO DE GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM

Cumprimento – o (a) cordialmente, vimos por meio deste solicitar a permissão para realização de pesquisa acadêmica que tem por finalidade a Aplicação do Modelo Calgary de Avaliação da Família em uma Unidade básica de saúde na estratégia saúde da família.

A pesquisa será desenvolvida pela acadêmica EMILYN CAROLINE RIBEIRO, do curso de Enfermagem da UNIARP – Caçador, portadora do RG: 6.168.310, CPF 087326159-30, fone (49) 999338169. O pesquisador responsável DAYANE CARLA BORILLE, portadora da CI 2.972.405, fone (49) 99981- 2283, referente à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso – TCC.

Este projeto tem como objetivo:

Aplicar o Modelo Calgary de Avaliação da Família em uma família “disfuncional”, a qual tem dificuldade de acesso a unidade de saúde, e o comprometimento quanto os cuidados de saúde.

Será realizado em uma micro área no bairro de uma cidade no meio oeste de Santa Catarina, na Unidade Básica de Saúde e Estratégia Saúde da Família, onde se tem a supervisão da enfermeira do ESF.

Os sujeitos a serem entrevistados são de uma família desajustada, de classe sócio-econômica baixa, indicada pela enfermeira da ESF com dificuldade para se envolver nos cuidados à saúde. Essa família possui quatro membros, um idoso acamado, um casal e mais uma idosa.

Para a coleta de dados, serão realizadas visitas domiciliares para realização das entrevistas baseadas no Modelo Calgary de Avaliação da Família, buscando identificar estrutura familiar, quem faz parte da família, qual o vínculo afetivo, utilizando entrevista com perguntas abertas e fechadas, realizada individualmente com cada membro que a compõe para manter sigilo das informações. As entrevistas serão gravadas, as respostas serão transcritas para posterior análise.

As entrevistas acontecerão na residência da família, no período do primeiro semestre de 2018 nos meses de Janeiro, Fevereiro e Março, ocorrendo três encontros em cada mês, totalizando nove visitas domiciliares, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da UNIARP.

Será explicado aos participantes da pesquisa os objetivos e esclarecendo as eventuais dúvidas.

Esta pesquisa irá garantir o anonimato da Instituição e dos participantes. Será apresentada em banca, bem como uma cópia entregue a direção da UNIARP e outra para anexar em documentação do TCC. Grata pela atenção.

Rosemari de Oliveira

Coordenadora do Curso de Enfermagem
UNIARP

Adelcio Machado dos Santos

REITOR
UNIARP

Dayane Carla BorillEldioneFantinel
Pesquisador Responsável
Coren SC: 086248

Secretaria da Saúde

Cíntia Quadros
Enfermeira
Responsável da UBS
Coren SC:

Emilyn Caroline Ribeiro
Acadêmica de Enfermagem – UNIARP

ANEXOS B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Maiores de Idade

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Alto vale do Rio do Peixe (CEP-UNIARP) é um colegiado constituído com base na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas com seres humanos. O CEP-UNIARP foi criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir com o desenvolvimento das pesquisas dentro de padrões éticos.

1. Identificação do Projeto de Pesquisa	
Título do Projeto: Aplicação do Modelo Calgary de Avaliação da família em uma unidade básica de saúde na estratégia saúde da família	
Área do Conhecimento: Saúde Mental	
Curso: Enfermagem	
Número de participantes no centro: 04	Número total de participantes: 04
Patrocinador da pesquisa:	
Instituição onde será realizado: Será realizado em uma micro área no bairro de uma cidade no meio oeste de Santa Catarina, na Unidade Básica de Saúde e Estratégia Saúde da Família, onde se tem a supervisão da enfermeira do ESF.	
Nome dos pesquisadores e colaboradores: Dayane Carla Borille	

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima identificado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

2. Identificação do Participante da Pesquisa	
Nome:	Data de nascimento:
Endereço:	
Telefone:	E-mail:

3. Identificação do Pesquisador Responsável	
Nome: Dayane Carla Borille	
Profissão: Enfermeira	N. do Registro no Conselho: 086248
Endereço: Rio de Janeiro 249 – DER – Caçador – Santa Catarina	
Telefone: (49) 99812283	E-mail: dborille.db@gmail.com

1. OBJETIVOS DESTA PESQUISA:

OBJETIVO GERAL: Aplicar o Modelo Calgary de Avaliação da Família em uma família “disfuncional”, a qual tem dificuldade de acesso a unidade de saúde, e o comprometimento quanto os cuidados de saúde.

- Objetivos Específicos: Demonstrar que o Modelo Calgary de Avaliação da Família possibilita obter uma visão significativa em uma família com as condições de vida no processo saúde-doença.

- Realizar planejamentos ao trabalhar com a família.
- Promover o objetivo de cuidar.
- Envolver a família nos cuidados de saúde com assistência.

2. PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS: Primeiramente será solicitada a autorização na Secretaria da Saúde do Município, e a enfermeira da Unidade Básica de Saúde para a realização do estudo de caso em uma família desajustada. As entrevistas acontecerão na residência da família, no período do primeiro semestre de 2018 nos meses de Janeiro, Fevereiro e Março, ocorrendo três encontros em cada mês, totalizando nove visitas domiciliares.

Serão explicados aos entrevistados os objetivos da pesquisa, esclarecendo as eventuais dúvidas, após concordância em participar do estudo, será entregue um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) assinado em duas vias, ficando uma para o pesquisador e outra para o entrevistado, assim marcando as datas para a coleta de dados e entrevista.

Serão respeitados todos os preceitos éticos quanto ao sigilo e ao anonimato dos sujeitos pesquisados. A coleta de dados somente ocorrerá após a avaliação e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNIARP.

3. DESCONFORTO, BENEFÍCIOS E RISCOS: O participante poderá sentir-se desconfortável em responder algumas perguntas que poderão influenciar no seu emocional, por se tratar de uma pesquisa em que a coleta de informações acontece por meio de entrevista sendo gravada para posteriormente transcrita; você poderá recusar-se em participar da pesquisa a qualquer momento caso sintase afetado. A sua participação neste estudo é voluntária. Você tem a liberdade de recusar-se a participar do estudo, ou, se aceitar, retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isso afete o seu trabalho

4. GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você poderá solicitar esclarecimento sobre a pesquisa em qualquer etapa do estudo. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação na pesquisa a qualquer momento, seja por motivo de constrangimento e ou outros motivos. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. O(s) pesquisador (es) irá(ão) tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa serão enviados para você e permanecerão confidenciais. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Este consentimento está impresso e assinado em duas vias, uma cópia será fornecida a você e a outra ficará com o pesquisador (es) responsável(ais).

4. CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO: A participação no estudo, não acarretará custos para você e não será disponibilizada nenhuma compensação financeira.

Declaro que obtive todas as informações necessárias e esclarecimento quanto às dúvidas por mim apresentadas e, por estar de acordo, assino o presente documento em duas vias de igual teor (conteúdo) e forma, ficando uma em minha posse.

Caçador (SC), 13 de Novembro de 2017.

Participante da pesquisa

Pesquisador Responsável pelo Projeto
Dayane Carla Borille

Testemunha:

Nome:

IMPORTANTE: IMPRIMIR O TERMO EM DUAS VEZES, uma via fica em posse do participante da pesquisa e a outra com o pesquisador responsável. O representante deverá RUBRICAR todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE, apondo sua assinatura na última página do referido termo. O pesquisador responsável deverá proceder da mesma forma, rubricar todas as folhas do TCLE, apondo sua assinatura na última página do referido termo.