

Caracterizando os problemas de saúde e o cuidado domiciliar oferecido às famílias do projeto “Promovendo a vida na Vila Esperança”

Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic*, Maria Angélica Pagliarini Waidman, Márcia de Oliveira Pereira, Lujácia Felipes, Izabela Gomes Ferrari e Sonia Silva Marcon

Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Av. Colombo, 5790, Bloco 1, 87020-900, Maringá, Paraná, Brasil. *Autora para correspondência. e-mail: catradovanovic@uem.br

RESUMO. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de natureza quantiquantitativa que teve por objetivo caracterizar os problemas de saúde mais comuns das famílias e descrever a assistência oferecida a essas famílias. Foram analisados 34 prontuários de famílias atendidas no período de março de 2000 a novembro de 2002 no projeto “Promovendo a Vida na Vila Esperança”, na cidade de Maringá, Estado do Paraná, Brasil. O estudo foi desenvolvido em novembro de 2002, sendo que os dados coletados seguiram um roteiro confeccionado pelos pesquisadores. Verificamos que a maioria das famílias atendidas vivem com a média de dois salários-mínimos e são constituídas de três pessoas. Os principais problemas de saúde são os decorrentes de transtornos mentais e hipertensão arterial. O relacionamento familiar é dificultado e os cuidados propostos foram baseados nas necessidades individuais de cada família, seguindo-se os pressupostos teórico-metodológicos de Horta (1979) e Travelbee (1979).

Palavras-chave: família, cuidado de enfermagem, doença crônica.

ABSTRACT. *Characterization of health problems and home care offered to the families of the project “Promovendo a vida na Vila Esperança” (Promoting life in Vila Esperança).* This is a quanti-qualitative study which aimed to characterize the main health problems of families and to describe the services offered. 34 records of families assisted from March 2000 to November 2002 by the project Promoting Life in *Vila Esperança* were analyzed. The study was performed in November 2002 and the collected data followed a script developed by the researchers. We found out that most of the assisted families, of three people each, live with an average of two minimum salaries. The main problems pointed out in this study were those due to mental handicap and arterial hypertension. The family relationship is hindered and the proposed treatment was based on the individual needs of each family. The methodological theoretical support followed was Horta's (1979) and Travelbee's (1979).

Key words: family, nursing care, chronic disease.

Introdução

A vida em família é muito complexa, porém experimentada por todos os seres humanos. Alguns têm experiências positivas e satisfatórias, outros nem tanto. Em muitos lares, essa convivência se dá de forma harmoniosa, de modo que as pessoas conseguem viver com suas dificuldades e ir resolvendo-as de acordo com suas possibilidades e assim vão construindo um viver saudável em família. Para muitos autores, dentre eles Elsen (1994), família saudável é

uma unidade que se auto-estima positivamente onde os membros convivem e se percebem mutuamente como família. Tem uma estrutura e organização para definir objetivos e prover os meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar de seus membros. A família saudável se une por laços de afetividade exteriorizados por amor e carinho, tem liberdade de expor sentimentos e dúvidas, compartilha crenças, valores e conhecimentos. Aceita a individualidade de seus membros, possui capacidade de conhecer e usufruir de seus direitos, enfrenta crises, conflitos e contradições, pedindo e dando apoio a seus membros e às pessoas significativas. A família saudável atua conscientemente no ambiente em que vive, interagindo dinamicamente com outras pessoas e

famílias em diversos níveis de aproximação, transformando e sendo transformado. Desenvolve-se com experiências construindo sua história de vida (p. 67).

A família é constituída de pessoas com personalidades e objetivos de vida diferentes, por isso é importante, dentro desse todo, estarmos atentos à individualidade e unicidade de cada um. No ciclo natural da vida em família comumente existem momentos de crise como, por exemplo, os do nascimento de um filho, da adolescência, da presença de doença em um dos membros da família, do envelhecimento dos progenitores, entre outros, e estes, direta ou indiretamente, interferem no cotidiano da família. Destes, porém, a presença de doença constitui um dos mais difíceis na vida em família. Acreditamos que isto se deva ao risco de vida sofrido pela pessoa doente e também às mudanças na rotina familiar impostas por determinadas doenças.

A doença crônica, por exemplo, produz na família um impacto muito grande. Gera muitas incertezas, devido as suas crises recorrentes e sobrecarga física, emocional e financeira. No que se refere ao enfrentamento da doença crônica na família, Rolland (1995, p. 375) coloca que a doença crônica apresenta três formas gerais: *a progressiva, a constante e a recorrente ou episódica*. Para ele, o impacto desses três tipos produz nas famílias sentimentos diferentes. As doenças crônicas do tipo progressivo como, por exemplo: câncer, Alzheimer, diabetes juvenil, artrite reumatóide e enfisema têm por características a progressão e a severidade, e isso gera muito sofrimento na família, pois acarretam efeitos progressivos e severos, sem que se possa fazer nada para impedi-los. Esse tipo de doença desgasta muito os membros familiares, por não ter intervalos nem períodos de alívio dos sintomas. Além disso, produz nos membros da família uma tensão crescente, provocada pelo risco de exaustão, principalmente do cuidador.

Doenças crônicas do tipo constante são aquelas em que, tipicamente, ocorre um evento inicial e depois o curso biológico se estabiliza. Incluem-se entre elas: acidente vascular cerebral (AVC), infarto do miocárdio de episódio único, trauma resultante de amputação e lesão de medula espinhal com paralisia. Esses tipos de doença exigem da família uma adaptação, pois inicialmente ela se defronta com uma mudança semipermanente, que é estável e previsível durante um considerável período de tempo.

O terceiro tipo, considerado recorrente ou episódico, caracteriza-se por doenças como: colite ulcerativa, asma, úlcera péptica, enxaquecas, estágios iniciais de esclerose múltipla, câncer em remissão e

as doenças mentais. O autor destaca que nesse tipo de doença crônica a adaptabilidade da família é um pouco diferente, em comparação com os outros, principalmente porque requer uma flexibilidade que permita o movimento de ir e vir entre as formas de organização familiar. Por um lado, a família deve estar pronta a reestabelecer a estrutura de crise para lidar com as exacerbações da doença. De outro, isto afeta diretamente a vida familiar, levando-a à tensão, causada tanto pela frequência das crises e não-crisis quanto pela contínua incerteza de quando ocorrerá a próxima recidiva. A instabilidade no andamento da vida, principalmente na sua rotina e no planejamento de atividades, é mais comum no caso de doenças incapacitantes, em que o doente deixa de exercer suas atividades cotidianas. Esse é o caso de alguns transtornos, como, por exemplo, a esquizofrenia em estado avançado.

É possível perceber que as doenças crônicas significam para a família algo que precisa ser aceito e compreendido, pois afinal ela conviverá com essa situação cotidianamente. A presença do profissional junto à família possibilita a esta experimentar e trabalhar a grande variedade de sentimentos decorrentes da doença crônica ou da morte de um de seus membros. Marcon et al. (2002) referem que a presença do profissional de saúde foi relatado pela família como uma importante ajuda emocional, envolvendo apoio e companheirismo. Ressaltam que ir ao domicílio e verificar *in loco* a realidade vivenciada pela família facilita a delimitação de metas e objetivos a serem traçados para minimizar as dificuldades da família, assim como no planejamento de cuidados necessários e condizentes com a realidade.

Nesses casos, Marcon et al. (2002) relatam que a metodologia de assistência no domicílio pauta-se basicamente no princípio de que a família deve ser concebida como co-participante do processo de cuidar – respeitando suas crenças e valores – e no estabelecimento do relacionamento terapêutico com a família baseado em Waidman (1998).

Estudar a família que convive com uma pessoa portadora de doença crônica tem sido um dos objetivos do Nepaaf (Núcleo de Estudos, Pesquisa, Assistência e Apoio às Famílias) desde sua implantação em 1996, porém, depois de quatro anos de funcionamento do grupo percebemos a necessidade de realizar projetos que envolvessem todas as famílias. Assim sendo, em 2000 optamos por desenvolver um projeto de extensão que visa promover a saúde das famílias que vivem em um bairro próximo à Universidade, chamado Vila Esperança. O projeto apresenta duas formas básicas

de assistência: a de promoção e prevenção à saúde (grupos de crianças, de terceira idade, de adolescentes) e a de recuperação da saúde (assistência domiciliar às famílias com pessoas portadoras de doenças crônicas ou outros tipos de dependência). Neste estudo, nos deteremos a estudar as famílias que recebem assistência domiciliar.

Este estudo tem por finalidade analisar os prontuários das famílias que possuem em seu meio pessoas portadoras de doenças crônicas, atendidas no projeto “Promovendo a Vida na Vila Esperança”, com o objetivo de caracterizar os principais problemas de saúde das famílias e descrever a assistência a elas oferecida.

O projeto Promovendo a Vida na Vila Esperança

O projeto “Promovendo a Vida na Vila Esperança” é multidisciplinar e tem por objetivo desenvolver um trabalho no sentido de promover a saúde e a vida na comunidade a partir da promoção, manutenção e recuperação da saúde das famílias, assegurando-lhes o controle sobre sua própria saúde e a satisfação de suas necessidades e ambições, evoluindo com o meio e se adaptando a este.

As estratégias de promoção da vida estão didaticamente divididas em três esferas, embora na prática elas sejam dinâmicas, integradas e complementares, ao mesmo tempo que se mostram mais valorizadas no seu conjunto do que individualmente.

1. Trabalhos com a comunidade.
2. Trabalhos em grupos – educação e orientação para a saúde.
3. Trabalhos com famílias – assistência no domicílio.

Para a operacionalização do projeto, contamos com a participação de acadêmicos de Enfermagem, Psicologia, Pedagogia e Educação Física. Os grupos interdisciplinares são compostos por docentes e acadêmicos, responsáveis por atividades diferentes, porém interligadas e discutidas com todos os componentes do projeto em reuniões quinzenais com os participantes e mensais com os profissionais da Unidade Básica de Saúde, em que os trabalhos se complementam, tentando abranger todos os níveis de atenção à saúde.

Nossos pressupostos, ao propor este projeto, foram:

1. A comunidade pode e deve ser responsável pelo seu próprio bem estar.
2. A participação em atividades diversas, seja na qualidade de instrutor, seja na de aprendiz,

favorece o desenvolvimento da auto-estima e das inter-relações pessoais.

3. A chave para a resolução ou minimização dos problemas vividos nas famílias/comunidade é a melhoria de suas condições de vida.
4. Nem sempre a presença de doença física faz com que a pessoa sinta-se doente, da mesma forma que a não-presença de patologia nem sempre implica sentir-se saudável.

O projeto foi proposto no ano 1999 e começou a implementar suas atividades no início do ano letivo de 2000; conta com a participação de acadêmicos bolsistas de extensão e voluntários.

Material e métodos

Este estudo exploratório-descritivo de análise quali-quantitativa teve como fonte de coleta de dados os prontuários de 34 famílias atendidas, no período de março de 2000 até novembro de 2002, no projeto “Promovendo a Vida na Vila Esperança”, em Maringá, Estado do Paraná, o qual é desenvolvido por docentes e discentes dos Departamentos de Enfermagem, Educação Física, Pedagogia e Psicologia da Universidade Estadual de Maringá (UEM).

A coleta de dados se deu no mês de novembro de 2002. Nela foi utilizado um instrumento, do tipo roteiro, desenvolvido pelas autoras, que continha os seguintes itens: período em que a família foi atendida; número de componentes familiares; renda familiar; o motivo da entrada da família no projeto de assistência; os problemas encontrados no ambiente familiar; características do relacionamento familiar e as atividades de assistência desenvolvidas.

Os dados colhidos foram registrados manualmente em uma planilha, o que permitiu seu agrupamento, facilitando a análise qualitativa e a quantitativa. Para os dados quantitativos, utilizaram-se regras simples de estatística e os qualitativos foram agrupados de acordo com os aspectos convergentes e divergentes em relação aos cuidados oferecidos para cada problema ou necessidade expressa pela família.

Por se tratar de análise de documentos, não foi necessário fazer a solicitação do consentimento livre e esclarecido às famílias e a análise e parecer do Comitê de Ética da UEM, Estado do Paraná, já que se tratava de um projeto institucionalizado – que na ocasião de sua implantação fora analisado pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-graduação, em que fica lotado o Comitê de Ética, ademais cada família envolvida no projeto assinou um termo de consentimento livre e esclarecido acerca de sua inclusão no projeto de extensão. Mesmo assim, vale destacar que foram levados em consideração os

preceitos éticos disciplinadores das pesquisas que envolvem seres humanos, regulamentados pela Resolução 196/96 (Brasil, 1996).

Resultados e discussão

Como dito anteriormente, todas as famílias participantes do projeto têm em seu meio um portador de doença crônica, sendo as mais comuns: as doenças mentais (depressão, transtorno esquizofrênico, transtorno bipolar), presentes em 14 famílias; seguidas de hipertensão (10); seqüela de acidente vascular cerebral – AVC – (7); diabetes (6); alcoolismo e problemas vasculares (3); obesidade (2); hipotireoidismo, idoso dependente e bebê com prega palmar (1).

Vale ressaltar que em apenas 16 famílias (47%) foi constatado somente um tipo de doença crônica, tendo as demais (53%) apresentado pelo menos dois tipos diferentes, tanto na mesma pessoa quanto em pessoas diferentes. Por exemplo, uma pessoa apresentava hipertensão e diabetes e em outros casos o marido era seqüelado de AVC e a esposa hipertensa.

Os achados deste estudo corroboram com Scalassara (2001), de que a hipertensão arterial e a diabetes melitus constituem os principais fatores de risco populacional no município de Maringá-Paraná.

Scochi (2001), por sua vez, identificou que as doenças cérebro-vasculares responderam pelo maior número de óbitos no município durante 14 anos em estudo.

Em relação ao alcoolismo, há que se considerar que cerca de 10% da população mundial e 11,2% da população brasileira são dependentes de álcool, o que levou Marcon *et al.* (2003) a inferir que 33.000 maringenses são dependentes de álcool.

Wright, Leahey (2002), ao trabalhar a avaliação e intervenção da enfermagem na família, colocam que em diversas situações é preciso avaliar e intervir de forma a respeitar as necessidades da mesma, dentre elas cita a família estar vivenciando um sofrimento físico ou espiritual causado pelo impacto da doença crônica na família.

A intervenção realizada junto às famílias no projeto foi fundamentada nas teorias de Horta (1979) e Travelbee (1979). De acordo com esses referenciais teóricos, os profissionais e acadêmicos que cuidam da família devem fazer um levantamento dos problemas para juntos, família e profissionais/acadêmicos, traçarem estratégias de sua minimização. Dentro desse contexto, ao se caracterizarem os problemas existentes nas famílias atendidas, foram verificados ser os mais comuns: sintomas depressivos, com 11 casos (32,5%); pressão

arterial elevada, com 9 (26,4%); relacionamento familiar prejudicado, com 8 (23,5%); alcoolismo, com 7 (20,5%); dificuldade econômica e abandono familiar, com 5 (14,7%).

Podemos destacar que 4 (11,7%) das famílias apresentam alguns problemas como por exemplo: higiene precária, ociosidade, carência afetiva, hiperglicemia, sobrecarga física e mental do cuidador, acuidade visual diminuída, resistência ao cuidado e às orientações prestadas e dor na coluna. Em 3 (8,8%) famílias foram referidos como problemas a solidão, o estresse, a comunicação prejudicada, o uso incorreto de medicação e atrofia muscular.

Foram ainda relatados, em menor proporção, ou seja, em duas (5,8%) das famílias: escaras, varizes, alterações gastrointestinais, dor, dificuldade de deambulação, violência física, hematomas, automutilação e disfagia. Determinados problemas apareceram somente uma vez em várias famílias. Foram eles: colesterol alterado, labirintite, alimentação inadequada, sobrecarga emocional, sinais e sintomas consequentes da radio e quimioterapia, agitação, úlcera varicosa infectada, pneumonia, mobilidade prejudicada, dependência de cuidados, obstipação intestinal, criança hiperativa, família ansiosa por problemas de saúde do bebê, comportamento agressivo, leucorréia, lóquios escuros, doença de chagas, dificuldade de adaptação com a chegada do bebê, desmame precoce, problemas decorrentes do desmame precoce, analfabetismo, pele ressecada, febre freqüente, uso de drogas, tabagismo, obesidade, resistência ao tratamento de dependência química, seqüela de AVC, dificuldade de socialização, afasia, dependência física, tosse com expectoração, problemas escolares, deficiência mental de filho, tentativa de suicídio, hemiparesia e encurtamento de membro inferior.

Dentre os problemas familiares, o relacionamento ruim e dificultado apareceu em 22 (64,8%) famílias, conforme apresentado na Tabela 1. A partir das anotações feitas no prontuário das famílias constatamos que isto se deve ao uso de álcool ou outros tipos de droga por algum dos membros familiares (filhos, esposas, esposos). Outras famílias referiram que a dificuldade de relacionamento está ligada à sobrecarga do cuidador (especialmente quando se trata de idoso dependente ou sequelado de AVC). Outros fatores referidos se relacionavam à presença de um portador de doença mental no domicílio, dificuldades financeiras, presença de violência doméstica de pais entre si e com os filhos, relações extraconjugais e desemprego

de algum familiar, principalmente do chefe de família.

Tabela 1. Distribuição das famílias assistidas segundo a qualidade do relacionamento familiar

Relacionamento familiar	N	%
Bom	10	29,4
Ruim	22	64,8
Mora sozinho	1	2,9
Não refere	1	2,9
Total	34	100

Apesar de sabermos que esses problemas podem levar a um relacionamento familiar dificultado, em outras famílias também havia presença de desemprego e/ou outros problemas, mas nem por isso foi observado ou relatado por elas relacionamento familiar ruim. Nos casos em que a família relatou ter um bom relacionamento, a justificativa foi a presença de amparo emocional entre os membros familiares, fazendo-os conviver com as dificuldades ou resolvê-las de acordo com suas possibilidades. Neste sentido, Althoff (2001), ao investigar famílias sobre a convivência no ambiente familiar, postula que, para algumas, o aspecto financeiro é considerado importante para viver bem, porém esse viver é compreendido como o que cada família pode ter. Para outras famílias, o entrosamento, a integração, os compromissos estabelecidos entre os membros, as afinidades e reciprocidades através da troca de afeto estão no conjunto das ações e interações presentes na vida familiar que possibilitam a criação de um ambiente agradável para o bem viver.

É interessante observar que algumas famílias, embora convivessem com muitos problemas de saúde considerados causadores da dificuldade de relacionamento, isto não ocorria. Esse fato nos faz deduzir que, mesmo com a presença de doença no domicílio, algumas famílias podem ser consideradas saudáveis, de acordo com a definição de Elsen (1994), já descrita anteriormente. Isto também foi observado por Althoff (2001), ao identificar que o compartilhar um modo de viver comum que satisfaça os membros da família faz experimentar a sensação de um bem-viver, percebido como harmonioso, o que dá a idéia de existência de saúde.

A assistência traçada para cada família está embasada nas suas necessidades, por isso em famílias com os mesmos problemas nem sempre as condutas para resolvê-los foram idênticas. Isto ocorre, provavelmente, porque as necessidades, apesar de serem comuns para todos os seres humanos, são individuais. A intensidade do amor, as necessidades por exemplo de roupas e alimentos são diferentes

para cada um e isto também está relacionado à cultura de cada ser humano/família.

Leopardi (1992) assevera que as necessidades são diferentes nas pessoas, principalmente por causa da cultura e da classe social a que elas pertençam. Por exemplo, uma família da qual nenhum dos membros esteja empregado tem como desejo a ser satisfeito alguém conseguir emprego. Já em uma outra em que todos trabalham, a carência não é mais conseguir emprego, e sim melhorar os salários para adquirir bens.

Na Tabela 2 observamos que a maioria das famílias 25 (73,5%) vive com uma renda baixa – entre um e dois salários-mínimos. Destaque-se que, dentre estas, 4 possuem cinco ou mais componentes, o que significa que elas estão situadas abaixo da linha de pobreza, ou seja, com uma renda entre 40 e 80 reais por pessoa/mês.

Tabela 2. Distribuição do número de componentes familiares e renda salarial das famílias atendidas

N ° de pessoas	Renda salarial					Total
	1	2	3	4	=ou > 5	
1	3	2	-	-	-	5
2	3	4	-	-	-	7
3	1	7	-	1	3	12
4	1	-	3	-	1	5
= ou >5	2	2	1	-	-	5
Total	10	15	4	1	4	34

A composição familiar mais freqüente foi a de três pessoas, presente em 12 (35,2%) famílias. A freqüência média de pessoas por família neste estudo foi de três.

Dados apresentados por Ribeiro *et al.* (1994, p. 135) revelam que, entre 1981 e 1990, o número médio de pessoas por família caiu de 4,5 para 4,1. Asseveram que o tamanho da família também está associado a sua situação socioeconômica. De modo geral, tem-se verificado que as famílias de menor poder aquisitivo são maiores do que as de melhor padrão socioeconômico. Sem dúvida, níveis de renda e instrução mais elevados possibilitam às mulheres maior acesso aos serviços de saúde, permitindo-lhes melhor planejamento do tamanho de sua família e o controle da natalidade. É percebido que esse fato está sendo modificado, ocorrendo a diminuição do tamanho das famílias em todas as classes de renda e, com maior intensidade, entre as mais desfavorecidas, com até um salário-mínimo mensal “per capita”. Nas classes com rendimento superior a este, a redução tem ocorrido de forma menos intensa (Ribeiro *et al.*, 1994). Conforme observamos na Tabela 2, os dados encontrados corroboram os apresentados pelos autores citados acima, principalmente no que se refere à diminuição do

número de pessoas por família e a estar o número de pessoas associado às condições socioeconômicas.

Em relação ao tempo durante o qual as famílias foram atendidas no projeto, a Tabela 3 mostra que a maioria foi assistida durante dois meses-14, (41,1%), porém algumas receberam cuidados por até cinco meses-10 (29,4%) e as demais famílias-10 (29,4%)-ainda estão sendo atendidas.

A inclusão da família no projeto se faz necessária principalmente quando ela tem dificuldades em conduzir o processo de cuidar. Para cada caso é traçado um plano de assistência específico que tem por objetivo capacitar a família na condução de seu auto-cuidado. Em alguns casos, após as orientações e ensinamentos não há muito mais o que fazer, embora a família ainda conviva com a presença de “problemas” de ordem financeira, encerramos a assistência. Por exemplo, em uma família em que há uma pessoa seqüelada de AVC, muitas atividades são realizadas em conjunto, com o objetivo de orientar e ensinar a família a cuidar da pessoa; porém ela precisa adaptar-se à nova realidade, e, como se trata de uma situação com poucas alterações, chega um momento em que nossa presença não é mais tão necessária como antes.

Tabela 3. Distribuição das famílias assistidas, segundo o período de atendimento.

Tempo de atendimento	N	%
2 meses	14	41,1
3 meses	04	11,8
4 meses	04	11,8
5 meses	02	5,9
Continua	10	29,4
Total	34	100

A desvinculação da família do projeto ocorre devido a quatro fatores, conforme pode ser observado na Tabela 4. Verificamos que 13 (38,2%) famílias demonstraram desinteresse em continuar a participar – dificuldade da família em receber os participantes, falta de horário e disponibilidade da família para receber a assistência, por exemplo, por trabalhar durante a noite e descansar durante o dia ou então trabalhar durante o dia todo; dificuldade da família em realizar as recomendações/atividades que lhe competem, 3 (8,8%) famílias foram deixadas de ser atendidas pelos participantes do projeto – devido a greve dos docentes da Universidade; por um período superior a seis meses, desinteresse da família em receber os participantes, manifestado, por exemplo, ao fechar a porta e não atender; mandar falar que não está entre outros casos. Oito (23,5%) famílias receberam alta, o que ocorre quando a família já consegue encaminhar e resolver seus próprios problemas, não necessitando mais de

acompanhamento direto dos proponentes do projeto. As demais famílias (10 - 29,4%) ainda estão sendo atendidas.

Tabela 4. Distribuição das famílias, segundo o tipo de alta.

Tipo de alta	N	%
Melhora	08	23,5
Abandono	03	8,8
Desistência da família	13	38,2
Não encerrada	10	29,4
Total	34	100

Vale ressaltar que as atividades de assistência propostas estão direcionadas à resolução de problemas, visando à melhora das condições de vida e saúde das famílias. Segundo Patrício (1993), o processo de enfermagem caracteriza-se pelas interações para atender as necessidades de cuidado em situações de saúde-doença evidentes ou antecipadas. Sendo assim, em todos os momentos do cuidar estão presentes ações de prevenção que podem ser caracterizadas como educação em saúde, em situações individuais ou coletivas (sempre na relação indivíduo-coletivo).

Cuidar do indivíduo como ser humano único formando um todo complexo, membro de uma família que interage com os outros grupos sociais, vivendo em uma comunidade e em um determinado ambiente, é um objetivo que os profissionais de enfermagem tem se proposto a alcançar, não o tendo ainda atingido em sua totalidade, devido a dificuldades várias. A enfermagem, no entanto, se dispõe a ir além, ao afirmar que também cuida da família, trabalhando e enfrentando desafios para resolver as dificuldades encontradas (Elsen, 1994).

Vislumbrando uma assistência integralizada à família e a seus membros, foram desenvolvidas várias atividades que, agrupadas, serão apresentadas em três categorias.

Na categoria *Educação para a família* foram agrupados cuidados referentes à promoção, prevenção e minimização de agravos ou complicação à saúde. As orientações relacionadas à promoção foram: importância do lazer e relacionamento social (atividades de grupo – artesanato, atividade física, grupo de orientação para a saúde e recreação para crianças) e valorização da auto-estima. As referentes à prevenção e minimização de agravos são: orientações básicas sobre questões relacionadas à saúde como, por exemplo, higiene, alimentação, necessidade de atividades físicas, importância do aleitamento materno e cuidado com o bebê recém-nascido, orientações acerca das complicações geradas pelo uso de álcool e droga, a importância do uso correto de medicações e não fazer automedicação.

Quando da presença de pessoas dependentes, são feitas orientações para que dividam os cuidados entre todos os membros da família, evitando assim a sobrecarga do “cuidador”. São oferecidas orientações específicas de acordo com as necessidades da família sobre, por exemplo, a importância de fazer corretamente a transferência e movimentação da pessoa acamada no leito, a realização de técnicas adequadas de curativo, a necessidade da manutenção da sonda vesical ou nasogástrica, entre outras.

Na categoria *assistência* foram realizadas, entre outras, as seguintes atividades: aferição de sinais vitais, realização de curativos, administração de medicamentos, apoio emocional e comunicação terapêutica com os componentes familiares, auxílio na higienização da pessoa dependente, controle de peso, acompanhamento em caminhadas, realização de exercícios físicos (acadêmicos da educação física), encaminhamento para o fornecimento de cesta básica, promoção/organização de grupos de atividades como por exemplo, artesanato, atividades físicas e educação para saúde e recreação com crianças.

Na categoria *reabilitação* foram realizadas atividades variadas, dentre as quais se podem destacar: encaminhamento para consulta especializada (oftalmologia, dentista, psiquiatria, psicologia, terapia ocupacional), participação em grupos da comunidade (hipertensos, diabéticos, artesanato), programa de alfabetização para adultos, realização de atividades recreativas.

Observamos que, ao realizar as atividades com as famílias assistidas no projeto, buscou-se desenvolver uma assistência integralizada, com base nos preceitos de Boff (2002, p. 33), quando afirma que o *cuidar é mais que um ato, é uma atitude*. Portanto, a assistência compreende mais que um momento de atenção, de zelo e desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. Isso foi confirmado no desenvolvimento desta pesquisa quando, analisando os relatos realizados pelos visitantes, constatamos a presença de descrição minuciosa sobre a impressão a respeito da família assistida, revelando o vínculo afetivo desenvolvido durante a assistência.

Conclusão

Ao finalizar este estudo, remetemo-nos aos objetivos propostos, principalmente no pertinente à caracterização dos principais problemas de saúde vivenciados pelas famílias assistidas. Verificamos que as doenças mais comuns no ambiente familiar são as de ordem mental e a hipertensão arterial, por

consequente os principais problemas identificados referem-se a sintomas depressivos (32,5%) e pressão arterial elevada (26,4%), seguidas da presença de relacionamento familiar prejudicado (23,5%). Com relação a este último problema é importante destacar que as respostas dadas ao questionamento direto sobre a qualidade do relacionamento familiar, observamos que mais da metade das famílias (64,8%) referem ter um relacionamento familiar dificultado ou ruim, decorrentes da presença de usuários de álcool e ou drogas, sobrecarga do cuidador, presença de um portador de doença mental, dificuldades financeiras, violência doméstica, relações extraconjugais e desemprego. Em relação à caracterização das famílias atendidas, de uma forma geral verificamos que a maioria delas possui renda salarial entre um e dois salários-mínimos e está constituída em média por três componentes.

Por se tratar de um projeto realizado com famílias que possuem um portador de doença crônica em seu meio, o trabalho realizado propõe-se a oferecer assistência integralizada não somente ao indivíduo, mas também à família como um todo. Sendo assim, no tocante à assistência oferecida, toda ela esteve pautada na realidade encontrada no ambiente familiar. As atividades foram planejadas e desenvolvidas de acordo com os problemas encontrados com vista à sua minimização e levaram em consideração três categorias: a educação para família, que engloba a promoção, prevenção e diminuição de agravos; a assistência propriamente dita e a reabilitação.

Em nossa experiência de trabalhar com essas famílias, percebemos que suas necessidades são diversas, porém as decorrentes de questões socioeconômicas são as mais comuns e ao mesmo tempo as mais difíceis de serem resolvidas, pois independem da vontade da pessoa e dos profissionais que se dispõem a oferecer a assistência. Vale destacar que nem sempre os problemas de relacionamento conflituosos assinalados pelas famílias como ruim ou dificultado são decorrentes de problemas financeiros, pois identificamos que entre algumas famílias com baixa e média renda existem aquelas que conseguem manter um bom relacionamento familiar a despeito de todas as dificuldades vivenciadas. Fato este que nos leva a inferir que, apesar da presença de doença crônica e dos problemas econômicos vivenciados, algumas famílias podem ser consideradas saudáveis.

Enquanto docentes e acadêmicos da área de saúde alertamos para a necessidade de se desenvolver, ainda durante a academia, projetos que ofereçam aos acadêmicos a oportunidade de

participarem de atividades desta natureza, pois, a nosso ver, elas possibilitam a ampliação de conhecimentos, tanto no que diz respeito à prática de cuidar e pesquisar, quanto à possibilidade de enxergar a família do doente como parte importante para a sua recuperação.

Também possibilitou ao acadêmico perceber que, quando nos propomos a cuidar da família, todo ambiente deve ser observado e levado em consideração. O domicílio mostrou-se excelente campo de conhecimento, pois nos é possibilitado observar alguns aspectos que a família não teve a oportunidade ou coragem de revelar para os membros da equipe de saúde da UBS que desempenham suas atividades de cuidado junto a ela. E, ainda, segundo os relatos dos acadêmicos que acompanharam as famílias, o vínculo formado ajuda tanto a família, no tocante aos sentimentos de confiança, sinceridade, respeito e honestidade, quanto aos acadêmicos quando relataram mudanças em suas atitudes e sentimentos, além de proporcionar uma amplitude na sua visão de saúde e doença dentro do contexto familiar.

Referências

- ALTHOFF, C. R. *Convivendo em família: contribuição para a construção de uma teoria substantiva sobre o ambiente familiar*. 2001. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2001.
- BOFF, L. *Saber cuidar: Ética do humano - compaixão pela terra*. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.
- ELSEN, I. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: BUB, L. I. R. et al. *Marcos para a prática de enfermagem com famílias*. Florianópolis: UFSC, 1994, p. 62-77.
- HORTA, W. de A. *Processo de enfermagem*. São Paulo: EPU, 1979.
- LEOPARDI, M. T. Necessidades de saúde e cidadania. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 1, n.1, p. 54-79, jan/jun. 1992.
- MARCON, S. S. et al. Projeto integrado de pesquisa: compartilhando estratégias de assistência a família. *Relatório encaminhado ao CNPq*, 2003.
- MARCON, S. S. et al. Compartilhando a situação de doença: o cotidiano de famílias de pacientes crônicos. In: ELSEN, I. et al. (Org). *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. Maringá: Eduem, 2002.
- PATRÍCIO, Z. M. O processo de trabalho da enfermagem frente às novas concepções de saúde: Repensando o cuidado/propondo o cuidado (Holístico). *Texto Contexto Enf.*, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 67-81, jan/jun. 1993.
- SCALASSARA, M. B. *As ações programáticas no contexto do Programa saúde da Família: analisando a realidade dos serviços de saúde do município de Maringá*. 2001. Monografia (Especialização em Enfermagem do Trabalho) - Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2001.
- SCOCHI, M. J. Avaliando o cuidado ao hipertenso em serviço de saúde. *Acta Scientiarum*. Maringá, v. 23, n. 3, p. 739-744, 2001.
- RIBEIRO, R. M. et al. Estrutura familiar, trabalho e renda. In: KALOUSTIAN, S. M. (Org.). *Família brasileira a base de tudo*. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNICEF, 1994, Parte I, p. 131-158.
- ROLLAND, J. S. Doença crônica e ciclo de vida familiar. In: CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. (Org.). *As mudanças do ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. Trad. M. A. V. Veronese. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- TRAVELBEE, J. *Intervención en enfermería psiquiátrica*. Cali: Carvejal, 1979.
- WAIMAN, M. A. P. *Enfermeira e família compartilhando o processo de reinserção social do doente mental*. 1998. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1998.
- WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. *Enfermeiras e família: um guia para avaliação e intervenção na família*. Trad. S. M. Spada. 3. ed. São Paulo: Roca, 2002.

Received on June 24, 2003.

Accepted on November 05, 2003.