

CUIDANDO DE FAMÍLIAS RURAIS NA PERSPECTIVA DO DESENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA

Gisele Cristina Manfrini *

Astrid Eggert Boehs **

RESUMO

Este artigo tem o propósito de apresentar o resultado de uma prática assistencial cujo objetivo foi cuidar de famílias rurais a partir da fase de aquisição do ciclo de vida familiar, realizada no período de outubro a dezembro de 2004. O referencial teórico utilizado foi a Teoria do Desenvolvimento da Família e o referencial metodológico foi baseado na abordagem do Sistema de Saúde Familiar e nos atributos do cuidado familiar. Desenvolveu-se o processo de cuidar com duas famílias rurais. Como resultado, apresenta-se um processo de cuidar juntamente com a discussão acerca da aplicabilidade dos referenciais teórico e metodológico e das adaptações realizadas. A prática traz algumas contribuições para o cuidado de enfermagem às famílias. A Teoria do Desenvolvimento da Família proporcionou sustentação teórica para o desenvolvimento do processo de cuidar, embasando o cuidado da enfermeira às famílias rurais, especialmente nas fases de aquisição madura e tardia. O mérito na aplicação dessa abordagem está na reflexão metodológica gerada durante todo o processo de cuidar das famílias rurais, principalmente quanto ao suporte que a abordagem fornece à enfermeira que cuida de famílias.

Palavras-chave: Família rural. Cuidado. Desenvolvimento.

INTRODUÇÃO

Apesar da ênfase que a área da saúde tem dado à família no Brasil, a atenção geralmente se dirige às necessidades individuais de seus membros. A Enfermagem à Família é uma área de conhecimento e de atuação cuja perspectiva de cuidado tem a família como foco. Este, por si só, já se constitui em um dos desafios aos enfermeiros, uma vez que cuidar de famílias implica também estar atento aos elementos inerentes ao ciclo vital familiar, às relações dos membros entre si e da família com a sociedade.

Muitas são as abordagens de cuidado elaboradas para guiar o olhar da enfermeira que promove a saúde da família, como a

própria abordagem do desenvolvimento da família, que proporciona o conhecimento relativo às mudanças na estrutura e no funcionamento do sistema familiar. No entanto, poucas são as metodologias utilizadas para a prática da enfermagem que promovem e reconhecem o cuidado familiar ou o cuidado cotidiano da família (DELGADO, 2001).

Desse modo, faz-se necessário que a Enfermagem busque caminhos para cuidar das famílias, fazendo-as participantes do processo de cuidar. Alguns autores estrangeiros têm aprofundado seus estudos em modelos de cuidado de enfermagem à família com base nas forças e recursos da família. Tratam-se de abordagens que visam guiar a enfermeira na utilização de estratégias para promover o

* Enfermeira. Especialista em Cuidado à Família. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da UFSC. Membro do GAPEFAM – Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na Área da Saúde da Família.

** Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora Coordenadora do Curso de Especialização em Enfermagem no Cuidado à Família, da UFSC. Orientadora. Membro do NEPEPS – Núcleo de Pesquisa e Extensão em Saúde Popular e Educação em Saúde. astridboehs@hotmail.com.

fortalecimento e a saúde da família. O Modelo McGill de Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade de McGill, no Canadá, tem o objetivo de ajudar as famílias a usar as forças de seus membros e também da família como unidade, assim como os recursos externos do sistema familiar, para superar e alcançar suas metas e desenvolvimento. O pressuposto básico desse Modelo é o de que todos os indivíduos e famílias possuem forças, potenciais e recursos (FEELEY; GOTTLIEB, 2000). Focando o cuidado nas forças da família, a enfermeira pode ajudá-la a se perceber de forma diferente, sendo esse um primeiro ponto para a mudança. A demarcação das fragilidades, sobre as quais repercute o estresse ou o problema vivido pela família e, ao mesmo tempo, as fortalezas que evidenciam suas competências podem representar um ponto inicial para se definirem os cuidados específicos para cada família, assim como apontar os recursos que podem ser acionados para o enfrentamento, mas, principalmente, definir e esclarecer o que fica sob responsabilidade da família e o que passa a ser da competência do profissional (SILVA, 2002).

O Modelo de Moyra Allen, denominado Modelo Desenvolvimental de Saúde e Enfermagem (Developmental Model of Health and Nursing), foi desenvolvido a partir de idéias iniciais referentes à saúde e enfermagem, em 1986. A perspectiva de Allen ressalta o sistema familiar como um grupo social primário e uma unidade de comportamento de saúde. Adotar essa perspectiva requer atender tanto às características individuais quanto às grupais, bem como os processos e interações entre eles. O papel da enfermeira nesse Modelo é o de assistir à família para desenvolver modos saudáveis de viver, estruturando experiências de assistência que envolvam ativamente a família no processo de busca pela saúde (FORD-GILBOE, 2002).

Na linha cultural de cuidado, a abordagem dos rituais e rotinas da família oferece caminhos para avaliar as informações de saúde usadas pelos membros da família e os comportamentos incorporados na vida familiar. Também informa sobre a organização, a identidade e o funcionamento

familiar, oportunizando o planejamento de intervenções específicas para doenças ou para a promoção da saúde (DENHAM, 2003).

O Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção na Família, realizado desde 1984 pelas enfermeiras Wright e Leahey, tem sido constantemente revisado e destacado como um forte modelo de assistência a famílias, adotado por faculdades e escolas de enfermagem de vários países, inclusive do Brasil. O Modelo Calgary é baseado em três categorias principais de avaliação: estrutural, de desenvolvimento e funcional. Essas categorias apresentam subcategorias, as quais a enfermeira precisa explorar e priorizar e que poderão ser trabalhadas em cada família (WRIGHT; LEAHEY, 2002). Esse Modelo serviu de base para a elaboração de diversas abordagens de cuidado, dentre elas a do Sistema de Saúde Familiar descrita por Anderson (2000). Essa abordagem tem origem norte-americana e corresponde a uma visão teórica construída à luz dos conhecimentos de família e saúde de autores como Wright, Leahey (2002). É uma perspectiva para avaliar famílias que determina as áreas de preocupação e de força através do desenvolvimento de um plano de cuidados de enfermagem e registro dos resultados obtidos pela família e pelas intervenções da enfermagem à família. Dessa maneira, através da abordagem, a enfermeira visa a melhorar a saúde da família, ao enfrentamento nas situações de doença ou transições e também à conquista de resultados para as áreas de preocupação da família.

No Brasil, inúmeros esforços têm sido feitos no sentido de produzir conhecimento relativos a metodologias para cuidar de famílias. No Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na Área de Saúde da Família (Gapefam), vinculado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, o Laboratório de Estudos Interdisciplinares de Famílias (Leifams) teve como principal finalidade criar e aprimorar metodologias de cuidado, focalizando a questão interdisciplinar. Os trabalhos de conclusão de mestrado e especialização têm abordado a questão dos referenciais teóricos e metodologias. As enfermeiras têm escolhido

teorias de enfermagem, entre as quais se destaca a teoria de Madeleine Leininger, além das teorias de família, para subsidiarem seus estudos (BOEHS; ALTHOFF; RIBEIRO, 2002). Entretanto, ainda há necessidade de se aplicarem e se realizarem estudos críticos acerca de modelos para cuidar de famílias que sejam aplicáveis na prática diária da enfermeira.

Neste sentido, este artigo tem o propósito de apresentar o resultado de uma prática assistencial que teve como objetivo cuidar de famílias rurais a partir da fase de aquisição do ciclo de vida familiar. Teve como sustentação a teoria do desenvolvimento da família, o modelo do Sistema de Saúde Familiar de Anderson (2000) e os atributos do cuidado familiar de Elsen (2002).

REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico que guiou a enfermeira no cuidado às famílias rurais teve por base a Teoria do Desenvolvimento da Família e os referenciais teórico-metodológicos foram a abordagem do Sistema de Saúde Familiar, descrita por Anderson (2000), e os atributos do cuidado familiar. O cuidado familiar pode ser reconhecido pelos atributos de presença, inclusão, promoção da vida e bem-estar, proteção e orientação para a vida (ELSEN, 2002). Esses atributos foram identificados a partir de uma análise dos estudos de família, orientados por Elsen, nos últimos vinte anos, em busca de uma construção conceitual sobre o fenômeno denominado cuidado familiar.

A Teoria do Desenvolvimento da Família trata das mudanças experienciadas pelas famílias por meio dos estágios de seu ciclo de vida familiar, considerando que o ciclo de vida individual acontece dentro do ciclo de vida familiar (CARTER; McGOLDRICH et al., 1995). Os estudos de família que colaboraram para a construção da Teoria do Desenvolvimento tiveram início no século XX, principalmente após a Segunda Guerra Mundial. Autores estrangeiros e de outras áreas de conhecimento desenvolveram estudos e classificações referentes ao ciclo vital familiar. No Brasil, ressalta-se o estudo de

Cervený, Berthoud (1997) e Berthoud (2002) que distinguiu quatro fases principais do ciclo vital familiar, as quais foram denominadas: aquisição, adolescente, madura e tardia.

A abordagem do Sistema de Saúde Familiar tem seu processo de enfermagem baseado nessa teoria, e foi implementado por Anderson no início de 1990, nos cursos de graduação de saúde familiar da Universidade de Wisconsin-Eau Claire. Além disso, essa abordagem foi utilizada como base teórico-prática para enfermeiras do Centro de Enfermagem à Família (Family Nursing Center), em Marshfield, Wisconsin, no período de 1995 a 1998. Cabe destacar que não se obtiveram informações sobre a utilização e aplicação desse modelo por autores brasileiros na área da Enfermagem.

Esse modelo aborda os cinco campos da vida familiar que compõem o sistema de saúde familiar: 1. O processo interativo se constitui nas relações familiares, na comunicação na família, no suporte social, em expressões de intimidade, na resolução de conflitos, em papéis (instrumental e expressivo), no lazer na família, no apoio/afeto a seus membros. 2. O processo de desenvolvimento inclui transições na família, tarefas da família completas ou em andamento, questões de desenvolvimento individual que afetam a família. 3. O processo de enfrentamento relacionado à solução de problemas, uso de recursos, estressores da vida familiar e preocupações diárias, estratégias de enfrentamento e efetividade, experiências anteriores de como enfrentar crises. 4. O processo de integridade trata de valores, crenças, significado de família, identidade, rituais, espiritualidade, cultura e práticas da família. 5. O processo de saúde abrange crenças da família acerca de saúde e doença, comportamento de saúde, responsabilidades de cuidado, condições de doença, tratamento e conseqüências, estressores relacionados à doença, relacionamento com os profissionais de saúde e acesso a sistema de saúde. Assim, a dinâmica familiar, as forças e as preocupações são exploradas, conforme os cinco campos e com a família, considerando o impacto dos problemas na saúde familiar de modo geral.

O Sistema de Saúde Familiar incorpora o individual e o coletivo para a perspectiva da

família como unidade e também a saúde da família como a interação da saúde individual com o coletivo (ANDERSON, 2000). Neste sentido, aproxima-se da Teoria do Desenvolvimento da Família ao considerar o desenvolvimento da unidade familiar e o desenvolvimento de cada membro, individualmente. A prática teve como referencial teórico metodológico os atributos do cuidado familiar por se considerar o cuidado da família um importante elemento para a promoção da saúde. No que se refere ao cuidado familiar, trata-se de um conceito em construção a partir dos estudos desenvolvidos, principalmente pela área da Enfermagem. Alguns autores também concebem a família como unidade ou sistema de cuidado à saúde de seus membros (ELSEN, 1994).

METODOLOGIA

A prática assistencial foi desenvolvida em uma comunidade rural do município de Benedito Novo, localizado no Médio Vale do Itajaí, SC. O objetivo principal foi cuidar de famílias rurais a partir da fase de aquisição, promovendo a saúde e o cuidado familiar. Foram selecionadas as famílias residentes na área de abrangência do Posto de Saúde da comunidade que tivessem, ao menos, um membro nascido no município e com filho único na faixa etária de 0-2 anos.

Inicialmente, o interesse era cuidar de famílias na fase de aquisição, todavia, esse cuidado se ampliou à família extensa em outras fases pelo fato destas residirem juntas ou muito próximas. Dessa maneira, a prática assistencial foi desenvolvida com duas famílias rurais a partir da fase de aquisição. As famílias foram convidadas para participar da prática durante uma consulta de enfermagem à criança realizada no Posto de Saúde, em uma das oportunidades em que a família trouxe a criança para o acompanhamento do desenvolvimento e do crescimento (ACD) e imunização. Posteriormente, realizou-se visita domiciliar às famílias, em que foi apresentado o termo de consentimento para a prática.

Por intermédio da prática assistencial com as famílias rurais, desenvolveu-se o processo de enfermagem, o qual foi denominado

processo de cuidar. Este foi sistematizado em quatro etapas principais: 1.Levantamento de dados: teve como finalidade levantar aspectos referentes às fases do ciclo de vida familiar (dinâmica, tarefas, papéis, normas), enfocando o cuidado familiar. Como estratégias, utilizaram-se o genograma interativo e o ecomapa, mediante entrevista semi-estruturada baseada no roteiro de perguntas, previamente elaboradas, tendo em vista os cinco campos da vida familiar. O envolvimento da família na construção do genograma e ecomapa oferece detalhes sobre as relações entre os membros da família, as histórias das famílias de origem, condições e histórias de saúde, eventos familiares significantes e suas relações nos acontecimentos de saúde (ANDERSON, 2000). Essa estratégia facilitou o conhecimento, a aproximação e a interação da enfermeira e das famílias. As entrevistas foram gravadas sob autorização das famílias e posteriormente transcritas. Também foram feitos registros em diário de campo. 2.Diagnóstico: foi elaborado a partir dos dados identificados como forças e fragilidades no cuidado e na saúde familiar, tanto pela enfermeira quanto pela família. As forças e as fragilidades identificadas tinham relação com os cinco campos da vida familiar. Cabe esclarecer que houve uma alteração no uso do termo “área de preocupação”, conforme o modelo de Sistema de Saúde Familiar, para o uso do termo “fragilidade”. No entanto, optou-se por manter o uso do termo “forças”, da mesma maneira que o modelo propunha. 3.Planejamento e implementação do cuidado: houve o planejamento de cuidados de enfermagem e o planejamento de cuidados em conjunto com as famílias. Procurou-se seguir um modelo, elaborando um plano de cuidados direcionados às forças e às fragilidades da família. Os cuidados implementados almejavam a promoção da saúde e do cuidado familiar, estando voltados para o fortalecimento da família em suas forças e o enfrentamento de suas fragilidades. 4.Avaliação: foi realizada pela enfermeira por meio de uma análise voltada para o cuidado familiar, um confronto teórico dos dados obtidos e os atributos do cuidado familiar. Contudo, considerou-se também a participação das famílias na avaliação do processo de

cuidar, principalmente para o re-planejamento dos cuidados que não foram suficientemente implementados. Ao utilizar a abordagem do Sistema de Saúde Familiar, a enfermeira precisa considerar a família como participante ativa do processo, validando as prioridades identificadas enquanto encontra-se junto dela (ANDERSON, 2000).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para demonstrar como ocorreu o processo de cuidar, será apresentado o processo da família Rosa, discutindo em cada etapa as adaptações realizadas para a implementação do processo de cuidar e, por fim, serão tecidos comentários acerca das contribuições dessa prática para o cuidado às famílias rurais.

Caracterização da família

A família Rosa (nome fictício) é composta por membros de quatro gerações, formando núcleos familiares em diferentes fases do ciclo vital. Há dois núcleos na fase de aquisição que residem em moradias próprias: um casal com um filho lactente e outro casal com dois filhos em idade pré-escolar e escolar; um núcleo familiar na fase madura (casal na meia-idade) e um membro (viúvo) que compõe o núcleo em fase tardia e que mora na mesma residência que o núcleo na fase madura. A família Rosa se distribui em três moradias próximas, construídas no mesmo terreno. São descendentes de colonizadores alemães e pertencem à religião luterana. Trabalham na agricultura, exceto um dos membros agregados, que trabalha em uma serraria, mas desempenha também algumas atividades agrícolas nos horários em que se encontra em casa. As atividades agrícolas são, especificamente, para consumo próprio. São vendidos apenas os excedentes, especialmente os da apicultura. Possuem roça onde plantam milho, hortaliças e raízes (batatas, mandioca etc.) e criam animais (bovinos e suínos) e aves, tanto para o consumo dos derivados quanto para o abate e consumo da carne. O Posto de Saúde da área de abrangência da qual fazem parte fica a aproximadamente 22 quilômetros da residência, em estrada de terra sinuosa. Os meios de transporte utilizados pelos membros

da família para seu deslocamento até o posto de saúde, serviços comerciais, escola ou igreja são os veículos próprios (carro e moto) ou, ainda, o ônibus que passa duas vezes ao dia, somente na estrada geral da localidade, que fica a alguns quilômetros da residência. Um aspecto facilitador para a comunicação com recursos externos é a presença de linha telefônica.

A enfermeira fez contato, inicialmente, com o núcleo familiar na fase de aquisição que compareceu ao Posto de Saúde para a realização de imunização e ACD da criança lactente. Tendo a família manifestado interesse e disponibilidade em participar da prática, propôs-se a realização de uma visita domiciliar que, após a negociação de data e horário, foi realizada. A visita aconteceu no período da manhã, na casa da família em fase de aquisição, na presença da mãe e da criança. Particularmente nesse dia, os membros da família extensa estavam perturbados e bastante ocupados devido à hospitalização do membro que ocupa a posição de bisavó. Esta, já viúva, havia sofrido um acidente ofídico na tarde do dia anterior, quando trabalhava no jardim da casa onde mora com o filho mais velho e a nora. A primeira visita foi encerrada devido à mãe ter sido solicitada para arrumar as roupas da bisavó, que seriam levadas até o hospital. Tendo sido informada sobre o ocorrido, a enfermeira se colocou à disposição da família, realizando mais outras quatro visitas após a alta hospitalar da bisavó, que ficara internada no hospital do município por três dias. As visitas subseqüentes foram realizadas na casa da bisavó, porém na presença de outros membros da família extensa.

O Processo de Cuidar: levantamento dos dados e diagnóstico

Em cada um dos encontros foi desenvolvido o processo de cuidar, identificando as forças e as fragilidades no cuidado familiar, uma vez que, nessa prática, o cuidado familiar é o foco para a promoção da saúde familiar. Desse modo, o levantamento de dados esteve presente durante toda a prática assistencial. A cada visita ou encontro com a família, buscava-se obter mais informações acerca dos aspectos de seu desenvolvimento, seu

funcionamento e dinâmica familiar, saúde e o cuidado familiar. Além do mais, a validação dos dados com a família proporcionou novos dados sobre ela.

A partir dos dados obtidos nas entrevistas e observações feitas pela enfermeira durante as visitas domiciliares, identificaram-se as forças e as fragilidades da família. Com base no modelo estrutural proposto por Anderson, organizou-se uma tabela contendo os diagnósticos das forças e das fragilidades relacionadas a cada um dos campos de vida familiar. Quando não eram identificadas forças ou fragilidades em algum dos campos, indicou-se “nenhum” na tabela. A tabela 1 é apresentada como exemplo da fase de diagnóstico no processo de cuidar.

Verificou-se que a família Rosa se apresentou bastante fortalecida, manifestando mais forças do que fragilidades no cuidado familiar. Embora estivesse vivenciando um evento de saúde naquele momento (o acidente ofídico e a hospitalização da bisavó), a família se mobilizou para dar suporte ao membro adoecido e reorganizaram as funções para o cumprimento de suas atividades cotidianas.

Para essa etapa do processo de cuidar, a abordagem foi considerada suficiente no que se refere à identificação das forças e das fragilidades a partir dos cinco campos da vida familiar que possibilitam uma visão da vida familiar em um todo, ou seja, nos vários aspectos que a permeiam. Não obstante, sentiu-se a necessidade de avançar na elaboração de diagnósticos relativos às necessidades de cuidado da família diante das forças e das fragilidades identificadas. Sendo a proposta da abordagem do Sistema de Saúde Familiar diagnosticar as forças e as áreas de preocupação da família que, no caso deste estudo, foram substituídas pelos termos “forças no cuidado familiar” e “fragilidades no cuidado familiar”, entende-se que a abordagem tenha sido aplicada com sucesso no cuidado às famílias rurais, possibilitando que a enfermeira conhecesse melhor a família e promovesse a saúde e o cuidado da mesma.

Planejamento e implementação dos cuidados

Na fase de planejamento e implementação dos cuidados houve algumas modificações quanto ao registro dos cuidados, adaptando o modelo de Anderson (2000) à proposta de cuidado às famílias rurais. Trata-se do registro dos cuidados planejados e implementados para o fortalecimento da família quanto às suas forças e ao enfrentamento de suas fragilidades no cuidado familiar. Enquanto o plano de intervenção no modelo de Anderson prioriza os diagnósticos referentes às áreas de preocupação da família, no processo de cuidar optou-se por elaborar um plano de cuidados tanto para as forças quanto para as fragilidades da família. A tabela 2 apresenta os cuidados para a Família Rosa na primeira visita domiciliar.

Em todo o processo de cuidar houve a participação conjunta da família no planejamento e re-planejamento dos cuidados. A revisão das tarefas cumpridas e das tarefas incompletas é o primeiro passo na evolução e no re-planejamento do processo, embora a avaliação dos resultados e das estratégias de intervenção e a incorporação de dados adicionais sobre as preocupações familiares estejam em andamento (ANDERSON, 2000). Desse modo, percebeu-se que o processo de cuidar da família é bastante dinâmico, interativo e contínuo, desde a primeira até a última etapa.

A fase da avaliação no processo de cuidar das famílias rurais também se estruturou de forma diferenciada da abordagem do Sistema de Saúde Familiar, particularmente por ter sido direcionada ao foco da prática assistencial, com a realização de um confronto entre as forças e fragilidades da família em seu cuidado, tendo em vista os campos da vida familiar e os atributos do cuidado familiar, descritos por Elsen (2002). Dessa maneira, realizou-se distintamente a avaliação do processo relacionado às forças e às fragilidades da família (dos diagnósticos à implementação dos cuidados), buscando identificar e destacar (em *itálico*) cada um dos atributos - presença, inclusão, promoção da vida e bem-estar, proteção orientação para vida -

Tabela 1 - Diagnósticos. Processo de cuidar Família Rosa – primeira visita domiciliar.

Cinco Campos	Interativo	Desenvolvimento	Processos Enfrentamento	Integridade Familiar	Saúde
Forças no cuidado familiar	Pouco contato com os membros de uma das famílias de origem	Realização do ritual do batismo religioso da criança. Marido trabalhando fora para aumentar a renda do núcleo familiar em aquisição. Avó e bisavó compartilham o cuidado da criança, tomando conta, quando necessário. Percepção de poucas mudanças na vida familiar, após o nascimento da criança. Marido auxilia nos cuidados com a criança, principalmente para a esposa realizar as atividades de trabalho.	Mãe conciliando os serviços domésticos e o cuidado a criança durante o período de hospitalização da bisavó.	Nenhum	Manutenção do aleitamento materno, desde o nascimento da criança. Adequação do preparo e da oferta da alimentação à criança. Realização de cuidados básicos na doença pela família.
Fragilidade no cuidado familiar	Reciprocidade nas relações de apoio entre os membros da família nuclear e da família de origem. Membros da família compartilham mesmo ambiente de trabalho, desempenhando funções distintas. Divisão dos produtos agrícolas entre os membros para consumo nos núcleos familiares	Nenhum	Residências muito distantes do Posto de Saúde. Receio da mãe em expor a criança a picadas de insetos no ambiente da roça. Dificuldade em sair de casa para trabalhar nos dias chuvosos, por causa da criança. Mãe com medo de ser picada por cobras quando no trabalho da roça	Nenhum	Busca de atendimento médico em outros municípios para tratamento de doença e, em casos de emergência. Modificação de hábitos alimentares pelo casal, para tratamento e prevenção de problema digestivo do marido. Distribuição de tarefas (acompanhamento de internação; preparação das roupas ou pertences da bisavó e transporte para o hospital; visita) entre os membros da família para o cuidado na hospitalização da bisavó. Introdução precoce da criança nas refeições da família, com oferta de alimentos consumidos pelos adultos. Oferta de chás, diariamente, para a hidratação da criança. Ansiedade do casal quanto ao resultado da endoscopia, pela possibilidade de o marido necessitar de cirurgia no estômago.

Tabela 2 - Planejamento e implementação dos cuidados.

Fragilidades no cuidado familiar	Valorizar a organização da família para seu funcionamento, principalmente no que se refere às relações recíprocas de apoio. Valorizar a organização da família nas relações construídas a partir da agricultura familiar. Valorizar a rede de apoio familiar, composta por vários membros da família ampliada do casal, para o cuidado com a criança. Ajudar o casal a perceber que a necessidade de renda familiar e que o compartilhar no cuidado da criança, constituem-se estratégias para a saúde da família em aquisição. Estimular e valorizar a iniciativa de manutenção do aleitamento materno, como medida de proteção à saúde da criança e de fortalecimento do vínculo mãe-criança. Valorizar a iniciativa de alteração de hábitos alimentares como medida de prevenção ao agravamento de problemas digestivos.
Forças no cuidado familiar	Estimular o casal para promover encontros com os membros das famílias de origem para manutenção do vínculo familiar. Propor que a mãe coloque roupas que a protejam a criança das picadas de insetos. Apresentar o Posto de Saúde e a equipe de saúde como recurso disponível à família, mesmo que residam distante, disponibilizando visitas domiciliares. Atentar a família à prevenção de acidente de trabalho na roça. Esclarecer sobre a introdução de outros alimentos à dieta da criança respeitando a idade da criança e o seu desenvolvimento das funções digestivas. Esclarecer que a hidratação da criança também se dá através do leite materno.

orientação para a vida – manifestados nas ações e interações da vida familiar, expressos especialmente nos cinco campos. Além disso, procurou-se também identificar outras forças ou outras fragilidades da família e as necessidades de re-planejamento de cuidados. Assim, a fase da avaliação esteve intimamente ligada à fase 1 do processo, ou seja, ao

levantamento de dados. Dando continuidade aos registros das etapas do processo de cuidar da família Rosa, anteriormente apresentadas ao leitor, segue abaixo um trecho da fase de avaliação:

Sobre a avaliação acerca das forças da família:

Presença é um forte atributo do cuidado na família, tanto na situação de doença (um membro acompanhando a hospitalização da bisavó), quanto no tomar conta da criança em casa. A reciprocidade permeia as relações de apoio e de ajuda mútua entre os membros da família. As relações construídas entre os membros no ambiente doméstico e de trabalho, com a divisão das funções e dos produtos da agricultura familiar, manifestam-se como atributo de orientação para a vida, fortalecendo o cuidado familiar. A orientação para a vida se dá no sentido de compartilhar a cultura da ruralidade na família, dando continuidade à organização do trabalho familiar, de onde provém o sustento. O ritual do Batismo da criança se constitui no atributo de orientação para a vida no cuidado familiar e também no atributo de inclusão, por introduzir a criança na comunidade religiosa da qual sua família participa. A Igreja compõe a rede de apoio da família, fortalecendo-a em sua religiosidade. O atributo de proteção se relaciona à existência de vários membros da família envolvidos com o cuidado diário da criança. As estratégias de enfrentamento utilizadas pelo núcleo familiar em suprir as necessidades de realização das atividades domésticas, de cuidado da criança, de cuidado à saúde do marido e de acompanhamento na hospitalização da bisavó evidenciam a manifestação de forças no cuidado familiar, principalmente, sob os atributos de presença, de proteção e de promoção da vida e do bem-estar. A família busca por recursos de saúde profissionais na rede de atenção primária, secundária e terciária, dentro e fora do município. Isto evidencia a necessidade da família em usufruir seu direito de atendimento em serviços públicos de saúde (SUS). Desse modo, pode-se perceber vários os momentos de aproximação da família aos profissionais de saúde, tanto nas situações de tratamento de doença, quanto para prevenção e promoção da saúde (ACD). Além disso, a família também age como recurso de saúde a seus membros, através do cuidado familiar, com o atributo de promoção da vida e do bem-estar, especialmente, à criança, à bisavó e ao marido.

Avaliação acerca das fragilidades da família:

O distanciamento físico de uma das famílias de origem é um elemento que pode ser mais bem trabalhado pelo núcleo em aquisição, no sentido de tê-la presente, a partir de contatos que favoreçam a aproximação e o vínculo, uma vez que ambas famílias de origem sofrem as mudanças do processo de expansão do núcleo familiar. A família poderá se fortalecer nos atributos de inclusão e de orientação para a vida, ao tentar manter maior contato com a família de origem do marido. A família manifesta algumas fragilidades relacionadas a picadas de insetos e acidentes ofídicos aos membros da família. Em função da experiência do acidente ofídico na família durante a rotina de trabalho, os demais membros passam a se preocupar com os riscos. De certa forma, querer se manter distante dos riscos é uma manifestação do cuidado familiar, através do atributo de promoção da vida e bem-estar. Outra fragilidade está relacionada a uma incoerência na alimentação da criança. A enfermeira diagnosticou esta fragilidade no cuidado familiar, tendo em vista a idade da criança (menos de seis meses) e a presença da mãe em período integral em casa. Também por estar sendo amamentada, considera-se desnecessária a introdução precoce de outros alimentos na dieta da criança. Isto também pode evidenciar uma possível insuficiência do cuidado profissional, no que se refere à puericultura, principalmente por haver um acompanhamento regular do crescimento e desenvolvimento da criança, por parte da família.

A tentativa de associar as noções teóricas sobre o cuidado familiar às idéias do Sistema de Saúde Familiar, sobretudo na fase de avaliação do processo, repercutiu em diversas inquietações teóricas, revelando a necessidade de aprofundamento da aplicação dos atributos do cuidado familiar como referencial teórico-metodológico. Houve momentos em que se tornava difícil distinguir qual atributo se expressava com maior força na família. Reciprocidade, por exemplo, foi um dado que se destacou nos campos da vida familiar, o qual foi identificado e diagnosticado como força da família, expressando a ajuda ou apoio mútuo para a organização, o funcionamento e o enfrentamento nas situações cotidianas e de saúde. Então, pensou-se se a reciprocidade estava se manifestando apenas como uma força ou, se no caso da família poderia ser identificado como um novo atributo do cuidado familiar. Desse modo, o questionamento sobre o que diferencia a identificação das forças no cuidado familiar dos atributos do cuidado familiar revelou a necessidade de reflexão conceitual e metodológica para a continuidade dessa proposta de prática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As contribuições dessa prática assistencial para o desenvolvimento de novas metodologias para o cuidado de Enfermagem à família estão relacionadas, especialmente, à iniciativa de aplicação de uma abordagem de cuidado construída por enfermeiras de outra realidade contextual, o Sistema de Saúde Familiar, no

cuidado a famílias rurais brasileiras, a partir da fase de aquisição do ciclo vital familiar. O mérito na aplicação dessa abordagem está na reflexão metodológica gerada durante todo o processo de cuidar das famílias rurais, principalmente quanto ao suporte que a abordagem fornece à enfermeira que cuida de famílias. Desta maneira, verificou-se que quando a enfermeira cuida da família, voltando-se para a abordagem, esse cuidado torna-se fragmentado, limitando-se aos cinco campos da vida familiar propostos pelo Sistema de Saúde Familiar. Por outro lado, quando a enfermeira cuida da família, voltando-se para ela, porém com seu olhar embasado na abordagem do Sistema de Saúde Familiar, o cuidado torna-se mais íntegro, perpassando os campos da vida familiar. Há uma grande preocupação quanto à aplicabilidade de uma abordagem quando esta é ainda desconhecida no meio, o que justifica em parte as dificuldades encontradas durante o processo de cuidar. No entanto, tratando-se de realidades e objetivos diferentes, ou seja, de promover não apenas a saúde das famílias rurais, mas também de promover o cuidado familiar, houve a necessidade de adaptação da abordagem do Sistema de Saúde Familiar à proposta de prática assistencial. As adaptações consistiram em poucas alterações na estrutura do processo de enfermagem, de modo a não prejudicar a proposta original da abordagem, mas sim de aproximar a abordagem ao referencial teórico escolhido para fundamentar a prática.

Neste sentido, a Teoria do Desenvolvimento da Família proporcionou sustentação teórica

para o desenvolvimento do processo de cuidar, embasando o cuidado da enfermeira às famílias rurais, especialmente nas fases de aquisição, madura e tardia. Muitos dos componentes dos cinco campos da vida familiar estão presentes como elementos ou conceitos (papéis e tarefas familiares, por exemplo) na Teoria, o que evidencia a aproximação da abordagem metodológica ao referencial teórico. O marco conceitual desenvolvido para a prática também possibilitou a reflexão da enfermeira durante o desenvolvimento da prática assistencial, servindo de guia nos momentos de tomada de decisão para implementação dos cuidados e também na avaliação do processo.

Finalmente, como avaliação da prática assistencial desenvolvida, sugere-se que a

abordagem do Sistema de Saúde Familiar seja aplicada também em outras propostas de cuidado à família, havendo uma continuidade na avaliação e validação dessa metodologia para o cuidado de Enfermagem a partir de diversas experiências, em diferentes contextos. É necessário que a Enfermagem à família reflita sobre suas abordagens de cuidado e construa métodos mais práticos de serem aplicados, sistematizando o processo de cuidar, mas também possibilitando que através dele a enfermeira consiga conhecer, aproximar-se e interagir com a família, de modo a olhar para ela e cuidar, promovendo a saúde e o cuidado a partir das forças e das fragilidades que apresenta.

TAKING CARE OF RURAL FAMILIES IN THE FAMILY DEVELOPMENT PERSPECTIVE

ABSTRACT

This article has the purpose to present the results of an assistance given from October to December 2004 to agricultural families at their beginning of a family life cycle. The theoretical referential used was the Family Development Theory and the methodological referential was based on the Family Health System approach and in the attributes of the familial care. The caring process was carried out with two rural families. As a result, a caring process together with a discussion on the applicability of the theoretical and methodological references, as well the adaptations that were carried out, is presented. Practice brings some contributions for the nursing care to the families. The Family Development Theory provided theoretical support for the development of the nursing care process, bringing a better knowledge on the care needed by the rural families, especially in their early and late stages. The advantages of the referred approach is on the reflection generated throughout the entire process, mainly, concerning to the support provided to the nurse who takes care of rural families.

Key words: Rural family. Nursing care. Development.

EL CUIDADO DE LAS FAMILIAS RURALES EN LA PERSPECTIVA DEL DESARROLLO DE LA FAMILIA

RESUMEN

Este trabajo objetiva presentar el resultado de una práctica asistencial para el cuidado de las familias rurales a partir de la fase de adquisición del ciclo de vida familiar, realizada en el periodo de octubre a diciembre de 2004. Como referencial teórico fue utilizado la Teoría del Desarrollo de la Familia y como referencial metodológico fue realizado un abordaje en el Sistema de Salud Familiar y en los atributos del Cuidado familiar. Este proceso del Cuidar fue desarrollado con dos familias rurales. Como resultado, presentase un proceso de cuidar juntamente con la discusión acerca de la aplicabilidad de los referenciales teóricos metodológicos y de las adaptaciones realizadas. Durante la práctica, fueron conseguidos algunos avances con relación al cuidado de enfermería a las familias. La Teoría del Desarrollo de la Familia proporcionó las bases necesarias para el desarrollo del proceso de Cuidar de enfermería a las familias rurales, especialmente en las fases de adquisición, madura y tardía. Es de resaltar, en este abordaje, la reflexión metodológica generada durante todo el proceso de cuidado de las familias rurales en lo que se refiere al soporte que este abordaje proporciona a la enfermera encargada del cuidado de familias.

Palabras Clave: Familia rural. Cuidado. Desarrollo.

REFERÊNCIAS

- ANDERSON, K. H. The family health system approach to family systems nursing. **J. Fam. Nurs.**, Thousand Oaks, v. 6, no. 2, p.103-119, 2000.
- BERTHOUD, C. M. Visitando a fase de aquisição. In: CERVENY, C. M. O.; BERTHOUD, C. M. **Visitando a família ao longo do ciclo vital**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 29-57.
- BOEHS, A. E.; ALTHOFF, C. R.; RIBEIRO, E. M. **Saúde da família**: contribuições da UFSC/ Departamento de Enfermagem na implementação de metodologias de cuidado em saúde da família. Florianópolis: [s.n.], 2002. p. 328. Resumo do Congresso Internacional Pesquisando a Família.
- CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. et al. **As mudanças no ciclo de vida familiar**: uma estrutura para a terapia familiar. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- CERVENY, C. M. O.; BERTHOUD, C. M. et al. **Família e ciclo vital**: nossa realidade em pesquisa. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- DELGADO, J. El cuidado cotidiano y la salud de la familia. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 21-25, jan./jun. 2001.
- DENHAM, S. A. Relationships between family rituals, family routines, and health. **J. Fam. Nurs.**, Thousand Oaks, v. 9, no. 3, p. 305-330, 2003.
- ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SANTOS, M. R. (Org.). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002. p. 10-24.
- ELSEN, I. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: BUB, L. I. R. (Coord.). **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: UFSC, 1994. p. 61-77.
- FEELEY, N.; GOTTLIEB, L. N. Nursing approaches for working with family strengths and resources. **J. Fam. Nurs.**, Thousand Oaks, v. 6, no. 1, p. 9-24, 2000.
- FORD-GILBOE, M. Developing knowledge about family health promotion by testing the developmental model of health and nursing. **J. Fam. Nurs.**, Thousand Oaks, v. 8, no. 2, p. 140-156, 2002.
- SILVA, M. R. S. Convivendo com o alcoolismo na família. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SANTOS, M. R. (Org.). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002. p. 271-292.
- WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias**: um guia para avaliação e intervenção na família. 3. ed. São Paulo: Roca, 2002.

Endereço para correspondência: Gisele Cristina Manfrini e Astrid Eggert Boehs. Rua Marechal Floriano Peixoto, 890. Centro. CEP: 89.120-000. Timbó - SC. E-mail: gisamanfrini@yahoo.com.br ou astridboehs@hotmail.com .

Recebido em: 30/06/2005

Aprovado em: 14/11/2005