

Manutenção do lar prejudicada: diagnóstico de enfermagem em familiares de pacientes hospitalizados com doenças crônicas

Impaired housekeeping: nursing diagnosis in relatives of hospitalized patients with chronic ailments

Mantenimiento deficiente del hogar: diagnóstico de enfermería en los familiares de pacientes hospitalizados con enfermedades crónicas

Selma Alves Rodrigues Montefusco^I, Maria Márcia Bachion^{II}

RESUMO

Este estudo objetivou identificar o diagnóstico de enfermagem "manutenção do lar prejudicada" em familiares, na situação de acompanhantes de pacientes hospitalizados com doenças crônicas não transmissíveis. Foi realizada pesquisa descritiva, de janeiro a junho de 2006, em hospital de grande porte da Região Centro-Oeste, envolvendo 12 famílias. A manutenção do lar prejudicada, identificada em 08 famílias, teve como fatores relacionados mais frequentes: doença *de membro da família* (100%); organização do lar insuficiente (75%); finanças insuficientes (62,5%). Características definidoras de maior ocorrência foram: membros da família expressam dificuldade para manter a sua casa de forma confortável (62,5%); membros da família pedem ajuda para a manutenção da casa (62,5%) e membro da família sobrecarregado (filha), 62,5%. Este diagnóstico afeta as famílias, evidenciando a necessidade dos enfermeiros utilizarem conhecimentos e tecnologias de avaliação e intervenção em famílias, juntamente com linguagens padronizadas para expressar seus diagnósticos, intervenções e resultados alcançados.

Descritores: Família; Enfermagem de família; Diagnóstico de enfermagem.

ABSTRACT

This study aimed to identify the nursing diagnosis "impaired housekeeping" in relatives under the condition of caregivers of hospitalized patients with chronic illnesses. A descriptive research was conducted from January to June 2006, in a large hospital in the Midwest Region of Brazil, involving 12 families. Impaired housekeeping was identified in 8 families which had as most frequent related factors: illness of a family member (100%), lack of home organization (75%), insufficient financial resources (62.5%). The most frequent defining characteristics were: family members expressed difficulties in comfortably performing their housekeeping (62.5%); family members ask for help for housekeeping (62.5%) and a family member overloaded (daughter), 62.5%. This diagnosis affects families, demonstrating the need for nurses to use knowledge and technologies of assessment and intervention in families, along with the standardized languages for express its diagnoses, intervention and outcomes.

Descriptors: Family; Family nursing; Nursing diagnosis.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue identificar el diagnóstico de enfermería "mantenimiento deficiente del hogar" en familiares, en la situación de acompañantes de los pacientes hospitalizados con enfermedades crónicas. Investigación descriptiva, realizada desde enero hasta junio 2006, en hospital de gran porte en la Región Centro-Oeste de Brasil, envolviendo 12 familias. El mantenimiento deficiente del hogar se identificó en 8 familias que presentaban como factores asociados más frecuentes: enfermedad de miembro de la familia (100%), la falta de organización del hogar (75%), finanzas insuficientes (62,5%). Las características definidoras más frecuentes fueron: miembros de la familia expresaron dificultades en cómodamente mantener su hogar (62,5%), miembros de la familia piden ayuda en el mantenimiento del hogar (62,5%) y miembro de la familia sobrecargado (hija), 62,5%. Este diagnóstico afecta a las familias, destacando la necesidad de que los enfermeros utilicen conocimientos y tecnologías para la evaluación e intervención de familias, junto a las lenguajes estandarizadas de enfermería para expresar sus diagnósticos, intervenciones y resultados.

Descriptores: Familia; Enfermería familiar; Diagnóstico de enfermería.

^I Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem (FEN), Universidade Federal de Goiás (UFG). Professor Assistente I, FEN, UFG. Goiânia, GO, Brasil. E-mail: sramontefusco@gmail.com.

^{II} Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professor Titular, FEN, UFG. Goiânia, GO, Brasil. E-mail: mbachion@gmail.com.

INTRODUÇÃO

As repercussões do adoecer do indivíduo não se referem somente a sentimentos desagradáveis como frustração e conflitos; essas alterações também se relacionam a dinâmica familiar⁽¹⁾.

As famílias podem ser mais ou menos extensas, e agrupam-se em grupos domésticos distintos, dos quais podem fazer parte pessoas sem relação de consanguinidade direta⁽²⁻³⁾.

Há muitas definições de família, apesar disso, o mais importante é reconhecer a família como uma unidade com capacidade de mudança e crescimento, constituída por elementos com relações entre si, e com o exterior, mantendo um equilíbrio ao longo do seu processo de desenvolvimento. Este processo é composto por etapas mais ou menos definidas, de evolução diversificada, o que a torna singular. Não existem duas famílias iguais. Cada família deve ser vista com suas peculiaridades⁽²⁾.

A unidade familiar é o primeiro grupo da sociedade no qual o indivíduo se insere, sendo reconhecida como a primeira instituição responsável pela socialização e desenvolvimento individual, bem como pela formação de papéis no seio familiar. Estes papéis são assumidos em graus diferenciados a cada geração, com a finalidade de manter e desenvolver a família. A família produz ações de cuidado de uns para com os outros, sendo a primeira instância de atendimento à saúde de seus integrantes, de modo que grande parte dos sintomas e episódios de desconforto são tratados sem que sequer cheguem à rede oficial de serviços de saúde⁽³⁾.

As doenças crônicas obrigam a uma maior procura aos serviços de saúde e hospitalizações frequentes, por vezes prolongadas. Estas representam custos elevados, quer sejam econômicos ou pessoais⁽⁴⁾. Toda a família usualmente sofre com as recaídas e internações, passando por momentos de angústia, ansiedade e muitas vezes choque, podendo se prolongar após alta da pessoa adoecida, quando a família não dispõe de recursos suficientes para dar continuidade à tarefa de cuidar, deparando-se com inúmeras dificuldades.

A DCNT (doença crônica não transmissível) é definida como uma condição clínica ou um problema de saúde com sintomas ou incapacidades que requerem cuidados a longo prazo. Este adoecimento crônico encaminha cedo ou tarde a pessoa para uma perda de autonomia, levando-a a depender da sua família ou de outros na realização de tarefas da sua vida diária⁽⁴⁾.

A tendência da interação nucleada na família, secundária a uma doença, é diretamente proporcional ao nível de incapacitação ou risco de morte. Nessa fase, a

família passa por uma desestruturação, tendo que se ajustar a uma situação estranha ao seu cotidiano, que é conviver e aprender a lidar com o ambiente hospitalar e com os procedimentos terapêuticos relativos à doença e estabelecer e manter bons relacionamentos com a equipe que presta cuidados⁽⁵⁾.

Nas situações de adoecimento e internação de um dos membros da família tem se percebido a necessidade da existência de uma rede de apoio relacional de parentes, amigos e vizinhos para ajudá-la no enfrentamento da adversidade. Uma rede social de apoio minimiza o estresse, fortalece sua autoestima e amplia os recursos da família para lidar com essa realidade inesperada⁽⁶⁾.

A rede também é significativa no sentido de capacitar, apoiar e qualificar as famílias para suprir seu papel fundamental⁽⁷⁾.

As estruturas e funções familiares⁽²⁾ têm mudado se adaptando constantemente às tendências sociais e a outros ambientes. Mas sejam quais forem estas mudanças a unidade familiar tem sobrevivido como uma unidade social importante em quase todas as sociedades.

Assim, na vigência de internação hospitalar de um de seus integrantes, a família desenvolve arranjos para continuar atendendo as suas necessidades usuais, ao mesmo tempo, suprir as novas demandas de cuidado. Diante deste contexto este estudo teve como objetivo identificar a presença do diagnóstico de enfermagem "manutenção do lar prejudicada" em familiares, na situação de acompanhantes de pacientes hospitalizados com doenças crônicas não transmissíveis.

METODOLOGIA

Esta pesquisa está inserida em um projeto maior, intitulado "Diagnósticos de enfermagem identificados em famílias em situação de acompanhamento hospitalar utilizando o modelo Calgary", o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Goiás (Protocolo 079/2005).

Este subprojeto constitui uma pesquisa descritiva, realizada no período de janeiro a junho de 2006, em um hospital de grande porte da Região Centro-Oeste.

O cenário do estudo foi a clínica médica, onde são admitidas pessoas para tratamento de doenças crônicas não transmissíveis e suas complicações. A clientela é atendida para diagnóstico médico, tratamento e reabilitação em várias especialidades como gastroenterologia, pneumologia, nefrologia, hematologia,

cardiologia, endocrinologia, reumatologia, neurologia e clínica geral.

Nesse local, observou-se que 10% dos pacientes internados tinham de 14 a 17 anos, 60% situavam-se faixa etária de 18 a 59 anos e 30% eram idosos. Era prevista a presença de acompanhantes para aqueles com idade menor que 16 anos ou superior ou igual a 60 anos, além dos casos em que havia dependência total ou parcial para as ABVD (principalmente deambulação, movimentação no leito, transferência, alimentação e higienização). Os acompanhantes comumente encontrados são do sexo feminino que habitualmente auxiliam na higiene do paciente e locomoção dos mesmos.

As unidades de cuidado tomadas como sujeitos foram as famílias que atenderam aos critérios de inclusão: estar vivenciando o processo de hospitalização de um de seus membros, internado no cenário do estudo, no período estipulado para a coleta de dados; ter disponibilidade em participar; o estado de saúde da pessoa hospitalizada permitir a sua expressão verbal oral; manifestar a concordância em participar, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como critério de exclusão, adotou-se a impossibilidade de completar a avaliação prevista (alta, piora do estado de saúde da pessoa internada e óbito) e/ou solicitação de retirada de consentimento, a qualquer tempo.

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), as famílias que vivenciavam o processo de internação hospitalar e atendiam aos critérios de inclusão foram mapeadas, a partir do primeiro contato com o cenário do estudo. Todas as famílias que estavam inseridas nesses critérios foram convidadas a participarem do estudo, sendo agendado o horário de coleta de dados de acordo com a disponibilidade das famílias e da rotina de funcionamento da clínica.

A coleta de dados foi realizada mediante entrevista gravada, tendo como base um roteiro de abordagem fundamentado no Modelo Calgary de Avaliação. Para os propósitos deste subprojeto focalizou-se a categoria funcional, da qual fazem parte duas subcategorias: instrumental (atividades de vida diária) e expressiva (comunicação emocional, comunicação verbal, comunicação não verbal, solução de problemas, papéis, influência e poder, crenças, alianças e uniões)⁽²⁾.

O número de encontros para a coleta de dados foi diversificado entre as famílias. O cliente e seus acompanhantes foram adotados como unidade,

configurando-se em família participante da pesquisa. As entrevistas foram realizadas nas enfermarias, em local e com atitudes que garantissem a privacidade dos sujeitos da pesquisa. A abordagem das famílias foi realizada em períodos de menor circulação de pessoas e maior disponibilidade das famílias.

A decisão sobre quem estaria presente na primeira entrevista e nas subsequentes foi determinada entre os membros da família e os pesquisadores, tendo-se estabelecido que não fosse necessária, *a priori*, a presença de todos os seus componentes.

Esta decisão justifica-se pelo fato de a enfermeira ser capaz de elaborar hipóteses e avaliar o sistema familiar a partir do indivíduo, do casal, de uma unidade pai-filho, mãe-filho(a), sogro, nora, enfim, de qualquer combinação de pessoas que se comunicam em torno de problemas de saúde compartilhados⁽²⁾.

Para as entrevistas utilizaram-se categorias verbais facilitadoras da expressão⁽⁸⁾. A duração dos encontros oscilou de 30 a 120 minutos, sendo a média de 50 minutos. As falas foram transcritas com posterior preenchimento do roteiro de coleta de dados.

Na análise dos dados buscou-se agrupar informações que caracterizassem o processo de envolvimento e enfrentamento do cuidar do paciente, pelas respectivas famílias. Esse procedimento foi realizado por dois dos pesquisadores concomitantemente, percorrendo-se o processo de raciocínio de análise (categorização e identificação de lacunas ou dados divergentes) e síntese (agrupamento, comparação, inferência e identificação de relações)⁽⁹⁾. Para rotulação do diagnóstico de enfermagem que traduzisse a inferência diagnóstica tomou-se como base a taxonomia da NANDA⁽¹⁰⁾. Quando se identificou fatores relacionados ou características definidoras consideradas novas, ou seja, não incluídas ainda na NANDA, foi utilizado destaque em itálico para as expressões. Este procedimento foi adotado de modo a refinar a descrição do fenômeno estudado.

RESULTADOS

As 12 famílias que participaram do estudo são compostas em média de três pessoas, havendo famílias que são compostas por várias gerações, morando na mesma residência avós, filhos, netos e bisnetos. 80% das famílias são advindas de re-casamentos. De acordo com os relatos o ciclo de desenvolvimento das famílias nem sempre segue um curso favorável ao crescimento e desenvolvimento, em especial, a formação de vínculos, como veremos a seguir. Devido a essa estrutura, as famílias participantes desse estudo não podem ser

classificadas em apenas um estágio de desenvolvimento, dentro das categorias propostas pelo Modelo Calgary de Avaliação de Família. Percebe-se assim que as classificações tanto para os estágios de desenvolvimento quanto de estrutura familiar⁽²⁾ não conseguem descrever adequadamente as novas configurações que as famílias encontradas têm assumido atualmente.

Entre as famílias participantes o membro que estava hospitalizado era, na maioria das vezes, idoso (oito), vindo a seguir adultos entre 18 e 30 anos (dois), e um adolescente. Os acompanhantes eram todos do sexo feminino, sendo que em dez famílias não havia revezamento de cuidadores. Coexistiam nas famílias aposentadoria, o desemprego, o emprego formal e informal. Em uma das famílias todos os membros estavam desempregados, sendo necessário o suporte de uma instituição religiosa para provisão de alimentos. Entre os aposentados e os que trabalhavam, a renda individual era de um salário mínimo.

As famílias eram provenientes de Goiânia (cinco), interior de Goiás (três) e outros estados (quatro). Elas

pouco se relacionavam com outros sistemas sendo a família extensa e a igreja os únicos vínculos externos a família.

O diagnóstico de enfermagem Manutenção do lar prejudicada foi identificado em 08 (oito) das 12 (doze) famílias que participaram do estudo.

Este diagnóstico é definido pela NANDA⁽¹⁰⁾ como "incapacidade de manter de forma independente um ambiente imediato seguro e que promova o crescimento" (p.89). Cinco fatores relacionados, entre os dez que são descritos na NANDA foram identificados. Conforme mostra a Tabela 1, aqueles de maior ocorrência foram: doença *de membro da família*, 100%; organização do lar insuficiente, 75%; finanças insuficientes, 62,5%; e as características definidoras mais freqüentemente identificadas foram: membros da família expressam dificuldade para manter a sua casa de forma confortável 62,5%; Membros da família pedem ajuda para a manutenção da casa, 62,5%; Membro da família sobrecarregado (filha), 62,5%; e Descrição de crise financeira, 37,5%.

Tabela 1: Fatores relacionados e características definidoras identificadas nas famílias (n = 08) com o diagnóstico de enfermagem **manutenção do lar prejudicada**. Goiânia, GO, 2006.

Fator relacionado	n	%	Característica definidora	N	%
Doença de membros da família	08	100	Membros da família expressam dificuldade para manter a sua casa de forma confortável	05	62,5
Organização familiar insuficiente	06	75	Membro da família sobrecarregado (filha)	05	62,5
Finanças insuficientes	05	62,5	Membros da família pedem ajuda para a manutenção da casa	05	62,5
Sistema de apoio inadequado	03	37,5	Descrição de crise financeira	03	37,5
Falta de recursos materiais	01	12,5	Falta de ajudantes necessários	02	25
			Odores ofensivos	01	12,5
			Referencia a ambiente desordenado	01	12,5

DISCUSSÃO

A internação hospitalar afeta a organização e a vida cotidiana da família em maior ou menor grau, exigindo da enfermagem sensibilidade para identificar quando seus membros requerem cuidados⁽¹¹⁾.

O diagnóstico de manutenção do lar prejudicada esteve relacionado principalmente à doença do membro da família, em virtude desse evento compeli-la à revisão papéis dos demais membros da família, que culmina com um rearranjo da família para resolver as suas necessidades, focando principalmente o cuidado ao membro adoecido⁽¹²⁾. Nesse sentido, um dos principais definidores do padrão da nova organização de papéis é o gênero de cada um dos integrantes do sistema familiar,

destacando-se que as tarefas domésticas e de cuidado são desempenhados na maioria das vezes pela figura feminina.

As diferenças e sobrecarga de papéis podem ser fontes significativas de estresse familiar, verificando ainda uma participação tensa em famílias nas quais o doente crônico se tornou um membro indesejável, dominador e poderoso. Refere ainda ser evidente que as mulheres – esposas, mães e filhas nestas famílias – sejam as responsáveis pela proteção diária, 24h por dia⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Neste estudo, percebemos que em todas as famílias o cuidado é prestado pelas mulheres, que deixam de realizar as tarefas domésticas no período de

acompanhamento hospitalar, levando na maioria das vezes a desorganização familiar.

Organização familiar insuficiente apresentou-se em 75% (n=6) das famílias, evidenciando que o adoecimento crônico, traz mudanças relacionadas à preocupação com a pessoa adoecida, a realização das atividades normais do dia-a-dia, interferindo em toda a estrutura familiar. A situação pode ser ainda mais complicada quando a pessoa hospitalizada e a acompanhante são do gênero feminino.

Algumas situações influenciam no modo de enfrentamento desta família, entre eles estão, o estágio da vida que a família está, o papel exercido pelo membro adoecido na família, as implicações que o impacto da doença causa em cada elemento da família e o modo como esta se organiza durante o período da doença⁽¹⁵⁾.

Essa situação é ilustrada nos relatos da *Família Topázio*, composta por três irmãos (duas mulheres e um homem), adultos, em que a pessoa índice, internada é Janaína, hospitalizada há 30 dias, para tratamento de alteração cardíaca, e que era a principal responsável pelas tarefas domésticas, tais como cozinhar, limpar a casa, por não apresentar ocupação formal. A acompanhante, Kátia (irmã) e assumiu o papel de desempenhar aquelas tarefas domésticas, ao mesmo tempo acumulando um novo papel: o de cuidadora. Ressalta-se que Kátia é trabalhadora formal, organizando seus horários no emprego para estar com a irmã, nos horários livres, no hospital. Recebem ajuda financeira do único tio paterno, que criou o irmão das jovens. As despesas de casa normalmente são feitas por ela (Kátia) com o irmão, necessitando de cobrança do mesmo, para prestar ajuda financeiramente. Destaca que a despesa maior ficava para ela. O irmão, do gênero masculino, não se sente comprometido a prover as necessidades da família.

Embora a família sofra imensamente com o adoecimento de um de seus membros, é esperado dela que tenha forças estruturais para conter-se e apoiar o familiar doente. A maioria das famílias acaba respondendo bem a essa nova contingência, mas podem ser observadas reações familiares não cooperativas. Quando isso acontece, na maioria das famílias que assim reagem, provavelmente, já eram gravemente deterioradas antes do adoecimento orgânico do familiar. Percebe-se nessa visão, que o adoecimento pode acirrar dificuldades relacionais que já estavam sendo fracamente contornadas⁽¹²⁾.

O papel do enfermeiro é apenas facilitar o "ajuste" ou adaptação da família ao momento que está passando.

Wright e Leahey⁽²⁾ trazem o conceito de adaptação como a criação de um contexto para que ocorra a mudança. Desta forma, o enfermeiro não é o responsável pela adaptação ou ajuste, mas sim pela criação de um contexto para que a mudança aconteça. O conhecimento do contexto socioeconômico e cultural das famílias pode facilitar a assistência prestada às mesmas.

Por outro lado, outra questão influencia na manutenção do lar: a falta de dinheiro para os gastos com o tratamento e para possibilitar arranjos necessários, tais como a contratação de serviços, aquisição de alimentação específica ou compra de equipamentos e materiais para a manutenção da saúde da pessoa adoecida, exigindo adaptações no orçamento familiar e na alocação dos recursos financeiros.

Quando falamos de doenças crônicas, essa realidade representa despesas contínuas passando a fazer parte do orçamento familiar. Essa situação complica quando a pessoa doente é a provedora da família ou o cuidador principal. As famílias estudadas sobreviviam com um salário mínimo, em grande parte, advindo de aposentadoria.

A multiplicação dos gastos se dá pelo aumento dos custos diretos com medicação e internações para a pessoa afetada, e os indiretos com os dias de trabalho perdidos pelo cuidador e o tratamento dos danos à saúde, produzidos por períodos de estresse e trabalho cansativo⁽¹⁶⁾.

Arcar com despesas relacionadas ao tratamento medicamentoso, exames laboratoriais, deslocamento para unidades de saúde, entre outros, representa alterações orçamentárias para mais, pois a maioria dos brasileiros não possui recursos financeiros para cobri-las⁽¹⁷⁾.

A demanda de cuidados acaba causando grande impacto na vida de quem exerce a função de cuidador, como, por exemplo, o isolamento social. Esses cuidadores costumam ser privados de suas atividades de lazer e de trabalho fora do lar, sofrendo ruptura no seu convívio social⁽⁵⁾.

Cada família dispõe de um sistema de apoio, que provém da família extensa ou das redes sociais. Com a mudança de comportamento reprodutivo, as famílias são cada vez menores, e, como consequência, a família extensa, constituída de tios, primos, torna-se menor. Por outro lado, esses familiares mais remotos nem sempre residem na mesma cidade⁽¹⁸⁾, e mesmo quando moram na mesma localidade, o atual modo de vida da sociedade impele as pessoas para ausência do cultivo das relações familiares⁽¹⁾.

A rede social, por sua vez, é entendida como a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como importantes em sua vida. A rede é um círculo social constituído por laços de afinidade, formando uma espécie de teia que une as pessoas⁽¹⁹⁾. Essa rede pode ser definida como uma estrutura cujos integrantes se ligam a todos os que os rodeiam, resultando em várias ligações entre os indivíduos, que pode se espalhar para todos os lados, sem que nenhum dos pontos possa ser considerado principal, nem representante dos demais. Essas ligações podem ser modificadas com o tempo e com as mudanças ocorridas na vida das pessoas. As redes podem ter várias funções: companhia social – estar junto, conversar, passear; apoio emocional – compreensão e apoio; guia cognitivo e de conselhos – expectativas, modelos e papéis; regulação (ou controle) social – reafirmação de responsabilidades e papéis e adequação do comportamento às expectativas sociais; ajuda material e de serviços – colaboração, ajuda financeira, atendimentos e atuação de agentes de saúde⁽¹⁷⁾.

As redes sociais estão sempre presentes em qualquer sociedade, independentemente da existência de atividades grupais e comunitárias, podendo ser diferente de um local para outro, e assumindo funções e características diferentes de acordo com o contexto em que está inserida. Quando a rede é estável, ativa e confiável tem como uma das funções proteger a pessoa na vida cotidiana, atuando como agente de ajuda e interferindo na construção e manutenção da auto-estima. Com isso, acelera os processos de cura e recuperação, aumentando a sobrevivência de pessoas acometidas de doenças incapacitantes. Dessa forma, é ela geradora de saúde, tanto nos aspectos físicos como nos psicológicos e afetivo-emocionais⁽¹⁹⁾.

Podemos assinalar como efeito positivo das redes sociais, o fato da convivência entre as pessoas, e o cuidado entre as pessoas envolvidas, além de exercerem o aconselhamento e incentivo mútuo. Diversos estudos indicam a redução da mortalidade e aumento da sobrevivência após diagnósticos de doenças crônicas como as coronarianas, câncer e acidente vascular cerebral como resultados relacionados às redes sociais⁽²⁰⁾.

A rede social também pode ser vista como importante fonte de apoio para capacitar e qualificar as famílias para suprir seu papel fundamental. Neste sentido tem-se a Estratégia de Saúde da Família como um espaço importante de ligação entre as redes sociais de uma comunidade, pois estabelece contato com as famílias, amigos, vizinhos e lideranças comunitárias.

Sendo o enfermeiro entre os profissionais da Equipe de Saúde da Família aquele que possui características para a busca de aproximação, podendo incentivar a interação entre os componentes das redes sociais, transformando - às em ações de saúde.

Quando a família tem um de seus membros com doença crônica, a utilização das redes sociais pode se tornar mais precária, quando o cuidador principal precisa deixar o emprego. Nessa condição aqueles relacionamentos advindos do ambiente de trabalho podem ir se fragilizando com o tempo. O suporte dos familiares, mas próximos ou mais remotos tende a diminuir com o prolongamento da necessidade do apoio, devido ao esgotamento da capacidade de alteração do estilo de vida por muito tempo. Assim, a questão da formação ou da reconstrução de uma rede social é de extrema relevância na manutenção da vida e da qualidade de vida dessas famílias.

Os fatores que levam à manutenção do lar prejudicada podem tornar-se interdependentes ou sobrepor-se. É preciso analisar a situação de modo dinâmico e global.

CONCLUSÃO

Em cada estágio, a família tem tarefas próprias, pelos quais seus membros devem aprender novas formas de encarar a situação, novos papéis a serem aprendidos, responsabilidades a serem divididas, novas formas de relacionamento entre si e com o meio ambiente.

Pudemos perceber que os efeitos da doença crônica atingem todos os membros da família, seja com maior ou menor intensidade. Dessa forma, numa família em que ocorrem intercorrências relacionadas ao adoecimento dos seus membros, além dos conflitos interpessoais e das dificuldades socioeconômicas, deve-se ficar atento às necessidades de assistência e apoio emocional e social a cada um dos indivíduos que compõe este núcleo familiar.

Devido às configurações que a família tem assumido acreditamos ser necessário mudar o foco da estrutura da família nuclear para além disso, considerando questões como a convivência entre pessoas na família, sua relação com as redes de apoio que envolve a comunidade mais próxima, família extensa, vizinhança, igreja, sistema de saúde e com a sociedade mais ampla.

Diante desses dados, percebemos a necessidade de que os enfermeiros se apropriem, refinem e desenvolvam conhecimentos, modelo e teorias, que fundamentem a avaliação e intervenção em famílias. A

ciência de enfermagem será desenvolvida a medida que os conceitos que representem os focos de sua prática estiverem descritos de forma suficientemente clara, abrangente e refinada. Para isso, é fundamental desenvolver e utilizar linguagens padronizadas, que possam servir de base para expressar o que a enfermagem sabe, o que a enfermagem faz, e o que obtém como resultado de sua ação. Nesse sentido, são úteis as Taxonomias de Enfermagem para Diagnósticos, Intervenção e Resultados.

A atuação de enfermagem junto a famílias deve ser capaz de responder às necessidades e demandas desta clientela tanto no contexto hospitalar quanto domiciliar.

A família não deve ser vista apenas como aquela que deve cumprir as determinações dos profissionais de saúde. Deve-se reconhecer que ela, com frequência, assume a responsabilidade pela saúde de seus membros e, portanto, deve ser ouvida em suas dúvidas; sua opinião deve ser considerada, sabendo-se que ela precisa de respaldo para prestar o cuidado de forma a atender às necessidades do familiar enfermo.

O objetivo de uma intervenção de enfermagem é efetuar a mudança. Deste modo, intervenções eficientes são aquelas para as quais os pacientes e as famílias são receptivos devido ao "ajuste", ou entrosamento, entre a

intervenção proposta pela enfermeira e a estrutura biopsicossocial e espiritual dos membros da família.

O modelo Calgary de Avaliação e Intervenção possui elementos suficientes para instrumentalizar os profissionais que lidam com famílias. Acreditamos que a sistematização da assistência de enfermagem junto à unidade familiar permitirá a individualização de cada membro, sem deixar de percebê-los como unidade, conseqüentemente, a humanização da assistência, que é preconizada pelo Sistema Único de Saúde através da Política Nacional da Atenção Básica que preconiza o atendimento integral a famílias e indivíduos como atribuição do enfermeiro que atua na Estratégia de Saúde da Família. Para que consiga alcançar esse intento com eficiência e eficácia o enfermeiro precisa ter como base uma fundamentação teórica que lhe possibilite aliar os conhecimentos científicos e tecnológicos às habilidades de observação, comunicação e intuição.

Dessa forma os enfermeiros precisam estar atentos às famílias que estão sobre os seus cuidados, sendo capazes de identificar quais estratégias os mesmos utilizam e quais os enfermeiros deverão fazer uso para acolher essas famílias que enfrentam adoecimento crônico. Acreditamos que fazer a avaliação das famílias permitirá identificar as principais dificuldades pelas quais elas passam, permitindo uma intervenção mais efetiva.

REFERÊNCIAS

- Amado LMR. Padecimientos congênitos y hereditarios: repercusiones emocionales e intervenciones psicoterapéuticas. In: García JMS, Durán JMM, organizadores. La familia: Su Dinámica y tratamiento. Washington: Organización Panamericana de La Salud; 2003. p. 131-48.
- Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. São Paulo: Roca; 2009.
- Relvas APPRF. Vulnerabilidade ao stress, coping e qualidade de vida e ciclo vital da família. of the Spanish Federation of Family Therapy Associations. 2009;(43):11-24.
- Silva MS, Collet N, Silva KL, Moura, FM. Cotidiano da família no enfrentamento da condição crônica na infância. Acta paul. enferm. 2010;23(3):359-65.
- Carter B; McGoldrick M. As mudanças no ciclo de vida familiar. Porto Alegre: Artmed; 2007.
- Castro EK, Piccinini CA. Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. Psicol. Refl. Crít. 2002;15(3):625-35.
- Euzebio CJV; Rabinovich EP. Compreendendo o cuidador familiar do paciente com seqüela de Acidente Vascular Encefálico. Temas psicol. [Internet]. 2006 [cited 2011 jun 30];14(1):63-79. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v14n1/v14n1a08.pdf>.
- Bachion MM, Carvalho EC, Belisário VL, Cardoso AP. Algumas reflexões sobre categorias de comportamentos verbais, orais e seu emprego pela enfermagem. Cogitare Enferm. 1998;3(1):118-24.
- Christensen PJ, Griffith-kenney JW. Processo de Enfermagem. Aplicação do Modelo Conceitual. 4 ed. St. Louis: Mosby; 1995.
- North American Nursing Diagnosis Association. Diagnóstico de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Cristina Correia, translator. Porto Alegre (Brasil): Artmed; 2010.
- Pinto JMS, Nations MK. Cuidado e doença crônica: visão do cuidador familiar no Nordeste brasileiro. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. Forthcoming. [cited 2011 jun 30]. Author's manuscript available at: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=6935.
- Brito ES, Rabinovich EP. Desarrumou tudo! O impacto do acidente vascular encefálico na família. Saude soc. [Internet]. 2008 [cited 2011 jun 30];17(2):153-69. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n2/15.pdf>
- Leff B, Burton L, Mader SL, Naughton B, Burl J, Koehn D et al. Comparison of stress experienced by family members of patients treated in hospital at home with that of those receiving traditional acute hospital care. J Am Geriatr Soc. 2008;56(1):117-23.
- Falcão DVS, Bucher-Maluschke JSNF Cuidar de Idosos com Alzheimer. Psicol Estud [Internet]. 2009 [cited 2011 jun 30];14(4):777-86. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n4/v14n4a18.pdf>.
- Marcon S, Sassá A, Soares N, Molina R. Dificuldades e conflitos enfrentados pela família no cuidado cotidiano a uma criança com doença crônica. Ciênc. cuid. saúde. 2007;6 Suppl. 2:411-9.
- Gutierrez DMD, Minayo MCS. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. Cien Saude Colet [Internet]. 2010;15 Suppl. 1:1497-508. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/062.pdf>.
- Silva LR. El cuidado en el hogar a los enfermos crónicos: un sistema de autoatención. Cad Saude Publica [Internet]. 2004 [cited 2011 jun 30];20(2):618-25. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/32.pdf>

18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNAD – Síntese de indicadores Sociais. IBGE (Brasil): Rio de Janeiro, 2006.
19. Nóbrega VM, Collet N, Silva KL, Coutinho SED. Rede e apoio social das famílias de crianças em condição crônica. Rev. Eletr. Enf. [Internet] 2010 [cited 2011 jun 30];12(3):431-40. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a03.htm>.
20. Ribeiro KSQS. A Relevância das Redes de Apoio Social no Processo de Reabilitação. Rev. bras. ciênc. saúde. 2009;13(2):69-78.

Artigo recebido em 10.01.2011.

Aprovado para publicação em 01.06.2011.

Artigo publicado em 30.06.2011.