

CUIDANDO DE UMA FAMÍLIA DE ACORDO COM O MODELO CALGARY EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA CIDADE DE MARÍLIA – SP

FAMILY CARE ACCORDING TO THE CALGARY PATTERN AT A BASIC HEALTH UNIT IN MARÍLIA, STATE OF SÃO PAULO, BRAZIL

EL CUIDADO DE UNA FAMILIA EN UNA UNIDAD BASICA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MARÍLIA – SP SEGÚN EL MODELO CALGARY

Tatiane Carolina Martins Machado¹
Juliana Yuri Ueji¹
Juliana Campos da Fonseca Pinheiro¹
Maria José Sanches Marin²

RESUMO

Trata-se de um relato de estudo de caso de uma família, realizado por meio de visitas domiciliares tendo como instrumento o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção na Família (MCAIF). Tal família é composta por seis pessoas vivendo em condições socioeconômicas desfavoráveis e com problemas de saúde complexos. No processo de assistência, o vínculo estabelecido, o apoio e o acompanhamento freqüente contribuíram para amenizar algumas dificuldades. Cuidar de acordo com o MCAIF possibilitou visão ampliada da família, compreensão das relações internas e externas e busca de equilíbrio entre as fortalezas e fragilidades.

Palavras-chaves: Família; Cuidados de Enfermagem; Avaliação em Enfermagem; Cuidados Domiciliares de Saúde; Modelos de Enfermagem.

ABSTRACT

This is a case study of a family, carried out through home visits, using the Calgary Model of Evaluation and Intervention in Families (MCAIF). This family has six people living in poor social and economic conditions, and with complex health problems. Assistance was provided and, once the bond was established, the support and frequent visits contributed to reduce some difficulties. Caring for the family using this model allowed for a wider view of the family, an understanding of the internal and external relations and a balance between strengths and weaknesses.

Key words: Family; Nursing Care; Nursing Assessment; Home Nursing; Models Nursing.

RESUMEN

Se trata del relato de un estudio de caso de una familia llevado a cabo con visitas domiciliarias utilizando como herramienta el Modelo Calgary de Evaluación e Intervención en la Familia (MCAIF). La familia está formada por seis personas que viven en condiciones socioeconómicas desfavorables con complicados problemas de salud. Durante el proceso de asistencia el vínculo establecido, el apoyo y el seguimiento constante contribuyeron a suavizar algunas dificultades. Cuidar según el MCAIF permitió obtener una visión más amplia de la familia, comprender las relaciones internas y externas y buscar un equilibrio entre fortalezas y fragilidades.

Palabras clave: Familia; Cuidado de Enfermería; Evaluación en Enfermería; Cuidados Domiciliarios de Salud; Modelos de Enfermería.

¹ Estudante da 2ª série do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Disciplina de Enfermagem em Saúde Coletiva do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília. E-mail: marmadia@terra.com.br.

Endereço para correspondência: Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, nº 1886, Jardim Itamaraty. CEP: 17514-000. Marília – SP.

INTRODUÇÃO

Como Estudantes da 2ª série do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília, temos como propósito prestar assistência de Enfermagem no nível primário de atenção com enfoque na família, visando a vigilância à saúde para melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Compreender o significado de família representa tarefa complexa pela diversidade de aspectos que envolvem sua conformação, as relações estabelecidas entre seus membros e a sua dinâmica temporal, incluindo as modificações no ciclo da vida, além das situações de crise.

Castilho⁽¹⁾ refere-se à família como um sistema complexo de relações, em constante transformação, por fatores internos à sua história e ciclo de vida em interação com as mudanças sociais, onde seus membros compartilham um mesmo contexto social de pertencimento. "...é o lugar do reconhecimento da diferença, do aprendizado de unir-se e separar-se, a sede das primeiras trocas afetivo-emocionais e da construção da identidade".

A família, tanto pode proporcionar condições saudáveis para o crescimento e desenvolvimento de seus membros como colaborar para sua limitação, na medida em que impõe normas, limita a liberdade cultural e não provê recursos para o atendimento das suas necessidades.⁽²⁾

No Brasil, mudanças significativas nos padrões demográficos da população ocorreram nesta segunda metade do século, condicionadas, por um lado, pelas transformações ocorridas no âmbito da liberalização dos hábitos e dos costumes, e por outro, pelo modelo de desenvolvimento econômico adotado pelo Estado, redundando em empobrecimento das famílias.⁽³⁾

As famílias de baixa renda, em nossa realidade, enfrentam a precariedade dos serviços públicos no atendimento das suas necessidades básicas como de saúde, alimentação, educação e moradia e, assim, os laços afetivos passam a apresentar a única base de sustentação no enfrentamento dos problemas e dificuldades.

A família, portanto, é a principal fonte de apoio das pessoas na atualidade e quando algum de seus membros apresenta-se fragilizado por qualquer desequilíbrio, ela precisa ser fortalecida na sua integridade.

A partir da necessidade de se intervir em um integrante da família, o profissional da área da saúde deve adotar condutas de forma a apoiar a família e fortalecê-la, pois, para se ter uma família saudável, é preciso assistir ao indivíduo, à família e à comunidade.⁽⁴⁾

Nesse sentido, o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção na Família (MCAIF) oferece uma possibilidade de abordagem ampliada das condições de vida e saúde das pessoas. Para tal modelo, a família é considerada a partir da existência de um compromisso de relacionamento em longo prazo, em que as pessoas se organizam em relações mútuas e, portanto, as diferentes conformações de família devem ser compreendidas na atenção à saúde da população.⁽⁵⁾

O modelo Calgary contempla uma estrutura multidimensional com categorias referentes aos aspectos

estrutural, de desenvolvimento e funcional, possibilitando obter uma visão ampliada das relações significativas, das redes de apoio familiar, dos laços, dos conflitos e da comunicação.

Considerando, então, a relevância da família e do seu ciclo no apoio e até de sobrevivência e que a mesma deve ser compreendida como um todo ao prestarmos assistência à saúde, propomos relatar um estudo de caso tendo como referência o MCAIF.

METODOLOGIA

O presente relato é de um estudo de caso, através do qual é possível evidenciar a realidade de forma profunda e completa, revelando experiências de vida, visando a descoberta e enfatizando a interpretação do contexto.⁽⁶⁾

Cenário do estudo

A realização do estudo deu-se com uma família composta por seis pessoas residentes na microárea I4 pertencente à Unidade Básica de Saúde "Costa e Silva", localizada na região Sul da cidade de Marília, município do interior do Estado de São Paulo. Tal microárea é considerada área de risco, devido às baixas condições socioeconômicas da população, bem como às precárias condições de saneamento básico e serve como cenário de ensino-aprendizagem a um grupo de estudantes da segunda série do curso de enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília, os quais desempenham ações individuais e coletivas na lógica de vigilância em saúde.

A aproximação com a família ocorreu a partir da necessidade de entrar em contato com uma adolescente grávida, que estava faltosa nas consultas de pré-natal. Ao entrar em contato com a família, entretanto, percebemos que o pai da adolescente encontrava-se com sérios problemas de saúde, passando a ser o principal foco de atenção.

O instrumento de coleta de dados

A avaliação e intervenção na família foram realizadas durante visitas domiciliares, feitas pelas estudantes de enfermagem, seguindo MCAIF, o qual consiste em três subcategorias: estrutural, de desenvolvimento e funcional.

Para avaliação estrutural, o modelo propõe o genograma e o diagrama de vínculos como instrumentos que possibilitam delinear as estruturas internas e externas da família, as relações e vínculos afetivos entre eles e o mundo.

A categoria de desenvolvimento consiste em avaliar o ciclo vital da família, as mudanças que a família identifica com a chegada da doença e as mudanças ocorridas nos relacionamentos, utilizando como instrumento de avaliação o diagrama de vínculos.

A categoria funcional subdivide-se em instrumental e expressiva. A instrumental aborda as atividades rotineiras da vida diária, como a alimentação, sono e repouso, cuidados de higiene com o domicílio e pessoal. E a expressiva refere-se aos aspectos da comunicação verbal e não-verbal entre os membros da família, desavenças e soluções de problemas, padrões de comportamento dos membros da família, atitudes, valores e pressupostos adotados pela família, suas orientações, equilíbrio e intensidade do relacionamento.

Aspectos éticos

A realização do estudo deu-se com o acordo da família, sendo que o pai assinou o termo de consentimento livre e esclarecido que havia sido aprovado pelo comitê de ética e pesquisa com seres humanos da Faculdade de Medicina de Marília, protocolo nº 427/03.

RESULTADOS

Histórico da Família

Categoria Estrutural

É uma família composta por seis pessoas, as quais, para título do estudo, irão receber nomes fictícios, com a finalidade de preservar o anonimato. O pai com 64 anos de idade (Agenor), a mãe com 38 anos (Tereza), filho mais velho com 20 anos (Adão), a filha mais velha com 18 anos (Jovita), a filha mais nova com 16 anos (Janaína) e a neta de três anos de idade (Camila). Jovita e Janaína são amasiadas e os amásios aparecem na residência esporadicamente.

O Sr. Agenor tem três filhos do primeiro casamento; apesar do pouco contato, refere-se a eles com muito orgulho por terem um trabalho e terem constituído família. Seu relacionamento com D. Tereza é tranqüilo, porém, em relação aos três filhos de ambos, demonstra descontentamento com a vida que eles levam e refere sentir-se fracassado com a educação dos mesmos. Já D. Tereza é superprotetora com os filhos e procura sempre justificar e dar respaldo às atitudes dos mesmos, além de assumir responsabilidades por eles. O único lazer da família é freqüentar a igreja "Assembléia de Deus" duas vezes por semana (FIG. 1).

Evidencia-se, ainda, o vínculo do Sr. Agenor com as estudantes e com a equipe da Unidade Básica de Saúde, enquanto com Adão não foi possível por ele ser pouco comunicativo e durante os horários de visita quase nunca estava presente (FIG. 1). O estabelecimento de vínculo da equipe de saúde com usuário é considerado uma estratégia importante na adesão ao tratamento.

Categoria de desenvolvimento

A renda da família provém da coleta de resíduos recicláveis nas ruas e sua posterior revenda e da aposentadoria de um salário mínimo do Sr. Agenor, totalizando uma renda mensal de aproximadamente dois salários mínimos. Os filhos não concluíram o ensino fundamental, não têm planos para retornar aos estudos nem interesse em procurar trabalho. Os pais e os filhos comunicam-se pouco e apresentam conflitos freqüentes, mas, no entanto, demonstram preocupação uns com os outros.

Adão, filho mais velho, faz uso de álcool e drogas ilícitas, fica agressivo com os demais familiares, causando grande preocupação, principalmente para o pai e a mãe que já tentaram várias alternativas de tratamento sem sucesso. Adão auxilia o pai e a mãe na coleta de materiais recicláveis.

Jovita, grávida de seis meses, passa alguns dias junto com o amásio (usuário de drogas e desempregado) em um cômodo próximo da casa dos pais, porém em momentos de crise e devido a violência física que sofre do amásio, retorna à casa dos pais freqüentemente. Comunica-se pouco com as estudantes durante as visitas e demonstra pouca afetividade em relação à sua gestação. Contribui nos afazeres da casa.

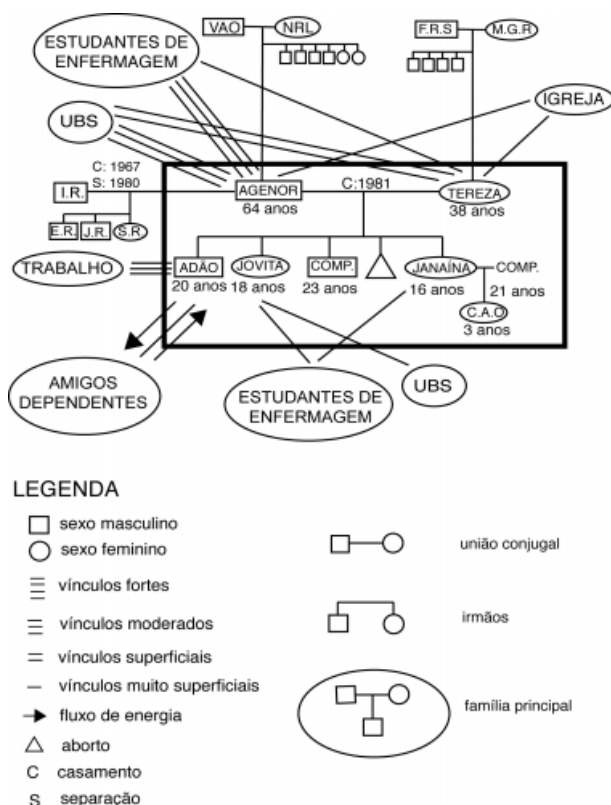
Janaína tem um relacionamento tranqüilo com o amásio que trabalha e vem ao domicílio apenas nos finais de semana, é bastante carinhosa com a filha Camila, porém oferece alimentos como bolachas e salgadinhos várias vezes ao dia, impedindo que a criança tenha uma alimentação saudável e esta apresenta baixo peso, pequena estatura para a idade e palidez.

Categoria funcional

Moram em três cômodos de alvenaria, banheiro externo, frente da residência sem muro ou grade. Possui água encanada, coleta de lixo, esgoto e rede elétrica. A higiene do domicílio é precária, há roupas jogadas pelo chão e sobre as camas, restos alimentares sobre a pia e fogão, poeira e animais de rua circulando pela cozinha e quarto. Não há mesa para a realização das refeições e nem camas suficientes para todos os moradores dormirem e as existentes estão em péssimas condições. No quintal da residência há entulhos e materiais recicláveis espalhados. A alimentação da família consiste de três refeições diárias, ricas em carboidratos e lipídeos.

O Sr. Agenor apresenta aparência cansada, é comunicativo e cooperativo em relação às perguntas feitas, orientado no tempo e no espaço. Relata estar ciente da gravidade de sua condição de saúde, devido à complexidade de suas doenças, no entanto questiona com freqüência a possibilidade de melhora. Trabalhou como vendedor ambulante e em outros serviços informais por mais de vinte anos, na cidade de São Paulo e, nos últimos anos, como "catador" de produtos recicláveis. Fumou

FIGURA 1. GENOGRAMA E DIAGRAMA DE VÍNCULO DA FAMÍLIA, CONFORME PROPOSTO PELO MCAIF



durante 50 anos e parou há um ano em consequência de um infarto do miocárdio. Aos 20 anos começou a desenvolver Tromboangeíte Obliterante (Doença de Burger) em membros inferiores, os quais foram sendo amputados aos poucos, restando aproximadamente 10 cm abaixo da articulação coxo-femural, o que resultou em grande dificuldade para se locomover. Nos membros superiores, os dedos anelar esquerdo e o médio direito também foram amputados.

Além disso, apresenta diagnóstico médico de enfisema pulmonar, insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão arterial e diabetes mellitus e, nos últimos quinze dias, tem apresentado edema generalizado e dispnéia aos mínimos esforços, sem melhora com uso de diurético, hipotensor, cardiotônico e broncodilatador. Seu padrão de sono e sua alimentação encontram-se prejudicados devido à dispnéia constante.

Sua pele apresenta-se pálida, seca e com descamação em região ventral do antebraço direito, na articulação coxo-femural e entre os dedos. Olhos opacos, acuidade visual diminuída no olho esquerdo e ausente no olho direito, hálito medicamentoso e moderada estase jugular. Tórax com expansibilidade simétrica e murmúrios vesiculares diminuídos, com discretas crepitações em base pulmonar, apresenta tosse produtiva de pequena intensidade e refere escarro sanguinolento. Abdome globoso, normotenso, com sinal de ascite; ruídos hidroaéreos presentes normoativos, timpânico, ausência de dor, massas ou visceromegalias.

D. Tereza foi criada por pais adotivos e chegou a conhecer seus pais biológicos, mas não mantém contato com eles. Possui o primeiro grau incompleto, realiza os afazeres domésticos, cuidado do marido e, quando possível, trabalha captando resíduos recicláveis nas ruas. Não pratica atividade física e nem atividades relacionadas ao lazer. Fuma cigarro desde seus 13 anos de idade. Relata sentir muito nervosismo e que vive em função do marido e dos filhos, por isso alega não ter tempo e disposição para se cuidar, mantendo assim uma aparência descuidada. Apresenta crise convulsiva e faz uso irregular de Fenobarbital.

Adão é dependente químico desde os nove anos de idade. Iniciou com cola de sapateiro, *tinner*, fez uso de crack e atualmente usa maconha. É uma pessoa introvertida, fala muito pouco, é calmo, contudo nas horas em que falta droga já se tornou agressivo e vendeu várias coisas de dentro da casa. Já foi internado várias vezes em clínica de reabilitação para usuários de drogas, mas sempre fugiu. Há dois anos tentou suicídio devido ao efeito das drogas e foi preso duas vezes em decorrência de furtos para comprar drogas.

Jovita cursou até a 4ª série de ensino fundamental, tendo parado de estudar porque seu amásio não permitia, não possui planos de voltar a estudar, nem para realizar qualquer outra atividade. Teve várias intercorrências no primeiro trimestre de gravidez, ficou internada por quatro dias, não frequenta a Unidade Básica de Saúde para o acompanhamento mensal da gravidez através das consultas de pré-natal e não segue as orientações e prescrições medicamentosas. Refere não fumar e não ingerir bebidas alcoólicas, porém mostrou-se inquieta quando questionada a respeito do uso de drogas ilícitas.

Janaína parou de estudar na 5ª série do ensino fundamental em virtude de ter ficado grávida aos 12 anos. Não trabalha, fica em casa e cuida da filha, não tem planos de voltar a estudar, permanecendo a maior parte do tempo ociosa. Refere não ter desejo de engravidar novamente, porém, não faz uso de nenhum método anticoncepcional e nunca realizou o exame de prevenção do câncer de colo de útero. Relata já ter experimentado cigarro e bebidas alcoólicas e drogas ilícitas. Seu padrão de sono é de 12 horas diárias.

D. Tereza e os filhos mostram-se apreensivos em relação à situação do marido, aguardam com ansiedade a visita diária das estudantes, preparam o ambiente e as acolhem com grande cordialidade. Informam com detalhes como o Sr. Agenor passou o dia, acompanham verificação dos sinais vitais.

As fragilidades, fortalezas e condutas estabelecidas

No MCAIF, as intervenções consistem em promover, incrementar ou sustentar o funcionamento da família quanto a seus aspectos cognitivos, afetivos e comportamentais e ajudar a família a descobrir novas soluções, considerando as fragilidades e fortalezas, e tendo como meta reduzir ou aliviar o sofrimento.⁽⁵⁾ As condutas adotadas para a família estudada encontram-se no QUAD. I.

No QUAD. I, evidenciam-se as necessidades de saúde da família nos aspectos biopsicossociais, as quais demandaram condutas diversificadas envolvendo principalmente orientações e encaminhamentos, além de apoio através de escuta atenta das dificuldades por eles enfrentadas na vivência das crises e, nesse contexto, as fortalezas foram enfatizadas na busca de resultados satisfatório que nem sempre foram possíveis devido a complexidade da situação.

EVOLUÇÃO DAS CONDIÇÕES DA FAMÍLIA

O Sr. Agenor teve várias internações decorrentes do aumento da dispnéia. Referia sentir-se cada vez mais fraco sem esperança de melhora, houve piora dos sinais e sintomas. Foi encaminhado ao PROIID (Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar), mas depois de duas semanas, pediu alta mesmo sem apresentar melhoras para poder tratar-se em São Paulo junto com os filhos do primeiro casamento faleceu após quinze dias de tratamento em São Paulo.

A morte do Sr. Agenor pareceu-nos representar um momento de reflexão entre os familiares, que inconformados com a perda, buscavam apoio uns nos outros, resultando em maior união e compreensão entre eles.

A presença da morte tem sido motivo de angústia para o ser humano ao longo de sua existência, expondo a sua vulnerabilidade de ser mortal, pois durante toda a vida lutamos contra a idéia de finitude e lidar com a morte do outro representa a lembrança da própria morte.⁽⁷⁾ A crise contribui para a unidade e solidariedade da família, porque fortalece suas relações, enriquecendo seus membros através da troca de amor, energia e suporte entre eles.⁽⁸⁾

D. Tereza continua tomando irregularmente a medicação, ainda não está participando dos grupos de artesanato e de ginástica, porém demonstrou interesse em procurar um trabalho e frequentar o grupo terapêutico antitabagismo. Adão não procurou tratamento e a família já não acredita mais em sua recuperação. Voltou a furtar e foi detido por mais 15 dias.

Jovita, nos últimos meses gestacionais, foi internada com risco de parto prematuro e, mesmo assim, fugiu do hospital, pulando o muro. Com 35 semanas de gestação teve parto cesáreo, criança do sexo feminino, que nasceu saudável e recebeu aleitamento materno exclusivo. O nascimento da criança foi motivo de grande alegria para todos os familiares. Houve melhora no relacionamento

de Jovita com o pai da criança e ambos mostravam-se atenciosos com a mesma. Janáina colocou o Dispositivo Intra Uterino (DIU) e melhorou a alimentação de Camila colocando alguns legumes na alimentação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na atualidade, vem se buscando implementar os princípios do SUS, os quais pressupõem uma assistência integral, pautada no modelo da vigilância em saúde, com o desenvolvimento de vínculo e responsabilização. Nesse sentido, as instituições formadoras de recursos humanos devem atuar em parcerias com o sistema de saúde, com a finalidade de modificar o modelo vigente e proporcionar aos profissionais oportunidades de refletir sobre a prática

QUADRO I. DISTRIBUIÇÃO DAS FRAGILIDADES, FORTALEZAS E CONDUTAS REFERENTES A CADA MEMBRO DA FAMÍLIA EM ESTUDO.

Componentes da família	Fragilidades	Fortalezas	Condutas
Sr. Agenor	Dificuldade de se mobilizar e dependência da esposa; Dispneia aos mínimos esforços; Inapetência; Alteração do padrão de sono; Sentimento de fracasso ao comparar a situação da sua família atual com a outra do passado; Uso de múltiplos medicamentos; Sentimento de proximidade da morte pela intensificação dos sintomas.	Preocupado com o bem-estar da família; Comunicativo; Ingerir corretamente os medicamentos; Consciente sobre seu estado de saúde; Sensação de conforto com a presença das estudantes.	Verificar a PA diariamente; Encaminhar para a consulta médica; Reforçar a importância do uso correto da medicação; Esclarecer aos familiares sobre as condições de saúde do paciente e quanto a importância de manter um ambiente livre de estresse; Orientar para: • Manter decúbito elevado de 30° a 45°; • Ingerir alimentos nutritivos e em pequenas quantidades; • Manter o quarto arejado e livre de objetos que acumulem poeira; • Levar ao pronto socorro, caso apresente alguma alteração na respiração.
D. Tereza	Nervosismo; Superproteção dos filhos; Baixa auto-estima; Apresenta crise convulsiva quando não utiliza corretamente os medicamentos; Fumante.	Presta cuidados ao marido; Afetiva com os familiares; Comunicativa; Prestativa; Responsável pela casa.	Orientar sobre seu nervosismo para que perceba que é prejudicial para a sua saúde e para a convivência familiar; Orientar para que continue tomando o medicamento corretamente; Discutir sobre os efeitos da superproteção para com os filhos; Encaminhar para o grupo de artesanato e ginástica da UBS; Encaminhar ao grupo multiprofissional de combate ao tabagismo.
Adão	Dependente químico; Pouco comunicativo com seus familiares; Abandono da escola.	Auxílio na renda da família; Aparentemente tranquilo; Receptivo frente às visitas das estudantes de enfermagem.	Orientar a família para incentivá-lo a procurar apoio; Explicar para o paciente que para sair do vício é importante buscar ajuda; Ressaltar a sua importância para a sobrevivência da família; Solicitar avaliação do enfermeiro especialista em psiquiatria e saúde mental; Discutir a possibilidade e a importância de voltar a estudar.
Jovita	Gravidez na adolescência, de risco e indesejada; Amasiada com um dependente químico e violento; Faltosa nas consultas de pré-natal; Introversa; Aparenta desinteresse pela criança que vai nascer;	Respeito com os pais; Ajuda nos afazeres domésticos.	Orientar quanto a importância de manter o tratamento conforme o proposto e sobre o risco de perda do bebê; Encaminhar para o consulta médica e solicitar apoio de D. Tereza para que ela não deixe de ir; Solicitar avaliação do enfermeiro especialista em psiquiatria e saúde mental; Levar roupas de recém-nascido para estimular o interesse pela criança.

	Instabilidade no relacionamento com o companheiro; Rebelia frente as prescrições terapêuticas.		
Janaína	Não faz uso de método contraceptivo; Nunca fez prevenção do câncer do colo do útero; Ociosidade e falta de estudo.	Respeito com os pais; Comunicativa e alegre; Ajuda nos afazeres domésticos.	Encaminhar para a UBS para realizar exame de prevenção e passar pelo ginecologista e assim ser orientada para fazer uso de algum método contraceptivo; Discutir a possibilidade de voltar a estudar; Orientar para freqüentar o grupo de artesanato da UBS.
Camila	Palidez; Peso e altura abaixo do padrão para a idade.	Recebe carinho de todos.	Orientar a mãe para melhorar a qualidade da dieta, incluindo alimentos ricos e vitaminas, proteínas e sais minerais.
A família	Não apresentam planos para voltar a estudar nem para procurar outro tipo de trabalho; Higiene corporal e oral inadequada e roupas sujas; Dieta a base de carboidratos e gorduras; Preocupação com o estado de saúde do Sr Agenor; Baixa escolaridade; Dentes em mal estado de conservação e higiene.	São receptivos em relação às estudantes de Enfermagem; Mostram-se interessados e colaboradores em relação à realização deste trabalho; Demonstram afeto e preocupação uns com os outros.	Discutir com familiares a gravidade do estado de saúde do Sr Agenor e alertá-los sobre a evolução da doença; Orientar para manter o ambiente do domicílio limpo e arejado; Discutir com a família a possibilidade de modificações na dieta de forma a torná-la mais saudável; Encaminhar para o serviço odontológico da UBS para tratamento dentário; Orientar quanto a higiene oral; Discutir com os membros da família a possibilidade de voltar a estudar e os benefícios que poderão obter com isso.

atual e nas possibilidades de mudança. Atuar na lógica da Saúde da Família é uma proposta que vem sendo implementada, de forma gradativa, em todo País. No entanto, ainda existem fragilidades na sua abordagem e a intervenção, muitas vezes, segue o modelo de atenção individualizado e centrado na demanda espontânea, sem considerar o contexto social e familiar da pessoa.

No presente estudo, o MCAIF mostrou-se um instrumento eficaz para lidar com a família, pois possibilitou uma visão ampla de suas condições, as relações internas e externas, além das condições de cada um de seus membros. A identificação das fortalezas existentes nas relações familiares e em cada membro, permitiu atuar de forma mais consistente em relação às fragilidades e estabelecer ações de saúde com maior equilíbrio entre ambas.

A experiência proporcionada ao cuidar dessa família possibilitou vivenciar da alegria do nascimento, à angústia e o vazio do processo de morte e morrer, situações de crise, conflitos e reconciliações, constituindo-se em uma lição para que possamos analisar nossos valores e preconceitos, que, se um dia foram alheios à verdadeira realidade do ser humano, hoje se encaixam um pouco mais perto desse real e não do ideal.

Além disso, despertou a curiosidade e a vontade de buscar novos conhecimentos com a finalidade de propor estratégias que possibilitassem contribuir com a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas. Consideramos que pouco contribuímos para isso. No entanto, o vínculo estabelecido e o conhecimento dessa realidade se perpetuam por nossa vida profissional. Entendemos ainda, que "cuidamos não da família, mas juntamente com a família".⁽⁹⁾

A necessidade de compreensão e respeito pelo modo de vida das pessoas, mesmo que não concordemos com ele, é um outro aspecto que merece consideração no cuidado à família e que mereceu momentos de reflexões entre o grupo de estudantes e equipe da Unidade Básica de Saúde. Se não ocorresse essa atitude, corríamos o risco de desanimar e afastar da situação.

REFERÊNCIAS

- Castilho T. Pinel: família e relacionamento de gerações. In: Congresso Internacional Co-Educação de Gerações; 2003 out 21-24; São Paulo, Brasil. São Paulo; 2003. [Citado em: 20 jul. 2005]. Disponível em: <http://www.sescsp.org.br/sesc/conferencias/subindex.cfm?Referencia=2833&ID=94&ParamEnd=6&autor=2936>
- Patrício ZM. Cenas e cenários de uma família: a concretização de conceitos relacionados à situação de gravidez na adolescência. In: Brito LIR, coordenadora. Marcos para a prática de enfermagem com famílias. Florianópolis: Editora da UFSC; 1994. p.92-119.
- Godani AM. As famílias Brasileiras: mudanças e perspectivas. Cad. Pesq. 1994; (91): 7-22.
- Nitschke RG, Moraes EP, Pfeiffer SA, Elsen E. Família saudável: um estudo sobre o conceito e sua aplicabilidade na assistência. Texto & Contexto Enf. 1992; 1 (2): 152-66.
- Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e família: um guia para avaliação e interferência na família. 3ª ed. Rio de Janeiro: Roca; 2002.
- Triviños ANS. Introdução a pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.
- Bellato R, Carvalho EC. O jogo existencial e a ritualização da morte. Rev. Latino-Am. Enf. 2005; 13(1): 99-104.
- Sasso GTM. Compreendendo o ser saudável através do processo saúde-doença. Texto & Contexto Enf. 1992; 1 (2): 120-38.
- Ribeiro AAA, Erdtmann BK, Nitschke RG. A excêntrica família de Antonia: imagens da família contemporânea. Texto & Contexto Enf. 2003; 12 (3): 377-82.

Recebido em 05/08/2005

Aprovado em 24/10/2005