

FAMÍLIA EM SITUAÇÃO DE RISCO: modelo de cuidado focalizando educação em saúde^a

Maria Suêda COSTA^b
Míria Conceição Lavinias SANTOS^b
Neudson Johnson MARTINHO^c
Maria Grasiela Teixeira BARROSO^d
Neiva Francenely Cunha VIEIRA^e

RESUMO

Trata-se de um estudo de caso, cujo objetivo foi identificar a dinâmica familiar frente às situações de risco, propor estratégias de cuidado para Educação em Saúde tendo como suporte teórico o Modelo de King. A unidade de análise foi uma família considerada de risco, em um bairro periférico de Fortaleza, Ceará, Brasil. Para a coleta de dados, foram realizadas visitas domiciliares, observação participante e entrevista. Os resultados mostraram que cuidar de família transcende a dimensão biomédica, contempla o campo perceptual das famílias, e exige participação desta na elaboração das propostas educativas visando a construção social da saúde, numa perspectiva participativa e transformadora.

Descritores: Família. Risco. Educação em saúde. Enfermagem.

RESUMEN

Se trata de un estudio de caso que tuvo por objetivo identificar la dinámica familiar frente a situaciones de riesgo, proponiendo estrategias de cuidado para la Educación en Salud adoptando como base teórica el Modelo de King. La unidad de análisis fue una familia considerada de riesgo, de un barrio periférico de Fortaleza, Ceará, Brasil. Para la toma de datos se realizaron visitas domiciliarias utilizando observación participativa y entrevistas. Los resultados mostraron que, cuidar de la familia trasciende la dimensión biomédica, contempla el campo de percepción de las familias y exige su participación en la elaboración de propuestas educativas buscando la construcción social de la salud, desde una perspectiva participativa y transformadora.

Descriptores: Familia. Riesgo. Educación en salud. Enfermería.

Título: Familia en situación de riesgo: modelo de cuidado enfocando la educación en salud.

ABSTRACT

This case study aimed at identifying family dynamics in face of risk situation, and to propose care strategies for health education based on the King's model. The case was a family considered to be at risk in the periphery of Fortaleza, Ceará, Brazil. Data were collected by domiciliary visits, participant observation, and interviews. The results showed that family care transcends the biomedical dimension, contemplates the family's perceptual field, and demands its participation in the elaboration of educational proposals aiming at the social construction of health under a participant and transforming perspective.

Descriptors: Family. Risk. Health education. Nursing.

Title: Family at-risk situation: model of care emphasizing health education.

^b Artigo apresentado na disciplina "Tópicos Avançados de Educação em Saúde" do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC).

^b Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC.

^c Mestre em Enfermagem pela UFC.

^d Professora Doutora e Docente Livre do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC.

^e Professora Adjunta do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC.

1 INTRODUÇÃO

Com a rapidez da ocorrência de mudanças socioeconômicas no cenário mundial, a cada dia a qualidade de vida das populações vem se deteriorando e, em consequência, o perfil de saúde das pessoas é alvo de alterações em sua dimensão ecológica.

Diante desse quadro, faz-se necessário que profissionais da saúde e educação desenvolvam estratégias educativas que contribuam para o despertar da população quanto à necessidade de ações integradas em promoção da saúde, numa perspectiva de autocuidado coletivo, fato este que se efetivará quando a percepção e crença na suscetibilidade de adquirir agravos à saúde e/ou preveni-los através de atitudes pertinentes se fizerem presentes no imaginário e representação social dos grupos coletivos.

As práticas de educação em saúde precisam ser consideradas como parte da qualidade de vida, devendo primar pela transformação do homem e do seu projeto de vida. Um dos objetivos primordiais da educação em saúde deve ser conduzir a população a perceber saúde como uma necessidade e direito, isto é, os indivíduos escolherem seus caminhos em busca de uma vida com mais saúde⁽¹⁾.

Esses pressupostos embora teoricamente corretos porque baseados na autonomia como ponto central para a promoção da saúde, são questionáveis porque os indivíduos nem sempre possuem as mesmas condições e possibilidades de escolha⁽²⁾. Situações de risco produzem tensões no ambiente familiar, quando não são visualizadas pelos membros da família antes de provocarem desequilíbrios no cotidiano das relações interpessoais e sociais.

Famílias em situação de risco, ou sob enfoque de risco, são aquelas de baixa renda em processo de desenvolvimento ou enfrentamento de crises, em que a tomada de decisões é de caráter complexo e difícil. Acrescenta-se, ainda, que os agravos à saúde do indivíduo, família ou comunidade, presentes no ciclo vital, caracterizam-se pelo risco ou enfoque de risco⁽³⁾.

Dentre os agravos à saúde potenciais para ensejar situações de risco na família, podem-se vivenciar o uso de drogas, gravidez na adolescência, distúrbios de comportamento, doenças sexualmente transmissíveis.

É importante que as famílias compreendam o contexto de vida em que estão inseridas, e os riscos que este contém, para que, frente a estas situações, possam enfrentar as crises sem danos a sua saúde mental. Como expressado antes, contudo, ações preventivas neste sentido, só serão tomadas pelas famílias no momento em que estas acreditarem realmente na sua suscetibilidade de contrair tais danos.

Hoje se compreende que desenvolver ações de educação em saúde requer estratégias que legitimem os atores sociais envolvidos no processo de educar, como sujeitos de atividades transformadoras, não se concebendo mais propostas verticais, entendidas como transmissão de conhecimentos de **quem sabe** para quem **não sabe**, deixando de considerar as experiências vivenciais, estilo de vida adotado e cultura, como fatores determinantes para mudanças comportamentais no que tange a reaver saúde em sua dimensão biopsicossocial.

A partir destas premissas e compreendendo a família como um espaço onde crenças e valores são construídos, sentiu-se a necessidade de realizar este estudo, objetivando identificar a dinâmica familiar e propor cuidado de enfermagem com ênfase na educação em saúde no contexto familiar, modelo, neste caso particular, de uma família em situação de risco.

A prática educativa em saúde deve ser a base para a promoção da saúde, consubstanciando-se de significativa relevância o enfoque na família, tendo em vista que esta se caracteriza como o melhor espaço para aprendizagem de cuidados de saúde. Nesta perspectiva, o perfil do futuro cidadão é alicerçado na família, onde são elaboradas a identidade da pessoa e sua consciência sócio-política e sanitária⁽⁴⁾.

2 METODOLOGIA

Este é um estudo de caso, desenvolvido com uma família em situação de risco, cliente da Unidade do Cuidado de Enfermagem (UCE) do Centro de Desenvolvimento Familiar (CEDEFAM) da Universidade Federal do Ceará (UFC), e usuária da Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF) do Centro de Saúde Dr. César Cals, em Fortaleza, CE.

O estudo de caso contribui sobremaneira para a compreensão dos fenômenos individuais, políticos, sociais e organizacionais⁽⁵⁾, sendo indicado

para estudar algo singular, particular, embora possa ser similar a outros casos ou situações.

O estudo foi desenvolvido em quatro fases: exploratória, coleta de dados, análise e interpretação dos dados. Na primeira fase, aconteceram os contatos iniciais com a família objeto da investigação, na tentativa de apreensão primária de sua realidade.

Na fase de coleta de dados, utilizou-se observação participante, que se efetiva mediante construto direto do pesquisador com o fenômeno observado, objetivando coletar informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos de vida⁽⁶⁾. Neste período, foram identificadas as informantes-chave, **Avó** (Gerente do Cuidado de Saúde da Família), e a informante complementar, **Filha** da gerente do cuidado. Para a aplicação da entrevista com os membros da família em estudo, foi usado um roteiro, que se desenvolveu durante as quatro visitas domiciliares.

A coleta e a análise dos dados tiveram como suporte teórico o modelo de King⁽⁷⁾, pois focaliza a atenção à família em situação de risco, situada no contexto das relações sociais. O Modelo de King⁽⁷⁾ apoia a sua teoria em três sistemas integrados: pessoal, interpessoal e o social. No presente estudo, optou-se por utilizar apenas dois sistemas: o interpessoal e o social por satisfazerem a apreensão dos fenômenos identificados.

Os dados coletados foram contextualizados e apresentados na forma de um diagrama de Sistema Interpessoal e Social, em um quadro com as propostas de Educação em Saúde, inspiradas nas categorias identificadas e em estratégias estabelecidas. Ressalta-se que esta pesquisa foi efetivada no período de fevereiro a março de 2004 e, para seu desenvolvimento, foram obedecidas as exigências da Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos⁽⁸⁾. O Projeto teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (COMPE) do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (UFC), conforme Protocolo n. 27/04, e as informantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3 CENÁRIO DA FAMÍLIA EM ESTUDO

A família em estudo reside sob o mesmo teto em um bairro periférico da cidade de Fortaleza, CE, é do tipo extensa, sendo composta por vá-

rias gerações. Co-habitam uma idosa de 81 anos, uma adulta de 53 anos, adolescentes e duas crianças, estas últimas, em tempo parcial. Pode ser considerada de risco, por suas precárias condições socioeconômicas, legitimada por uma renda familiar ínfima de quinze reais (R\$ 15,00). O desempenho de seus pares apresenta complexos problemas de agravos à saúde, tais como dependência química de um dos adolescentes e sofrimento psíquico de outra, cuja história de vida retrata uma tentativa de estupro aos cinco anos de idade e abandono pelo namorado, no período em que aconteceu seu quadro nosológico.

A gerente do cuidado de saúde da família é a senhora idosa que foi a informante-chave na coleta de dados; ela busca manter o equilíbrio na relação interpessoal, apaziguando os momentos de estresse, utilizando como instrumento de suporte emocional a religião evangélica. Sua filha adulta foi a informante complementar e pode ser considerada a segunda gerente do cuidado de saúde da família, por também buscar soluções de problemas surgidos no cotidiano familiar; ambas referem ter vivenciado relacionamentos afetivos com mais de um companheiro, tendo sofrido situações de abandono e viuvez.

Segundo suas falas, o lazer é assistir à televisão, sendo este também o único momento em que a família se reúne, no entanto, a comunicação não é positiva, porque ocorre disputa pelo canal de TV, ou seja, cada um quer assistir a um canal diferente. Com relação à vida societária com a comunidade, apenas freqüentam a igreja nos dias de culto e participam de algumas obras de caridade, em conjunto com os seguidores da mesma doutrina evangélica. Os jovens namoram e apenas uma jovem freqüenta a escola.

Durante as visitas domiciliares, observou-se que a dinâmica familiar apresenta desequilíbrio não percebido pela família; há certo grau de isolamento social, apesar de utilizarem algumas redes de apoio como o CEDEFAM e a UBASF nas demandas do processo de saúde/doença e a Igreja Evangélica como suporte espiritual e a até alimentação. Na comunicação, evidenciamos situações de autoritarismo e conflitos entre seus membros. O nível de resolubilidade de problemas é muito baixo, talvez em consequência da desinformação e baixa percepção da família, em relação à demanda social e de saúde e modos de buscar ajuda.

As visitas proporcionaram aos pesquisadores maior conhecimento da dinâmica familiar, ou seja, de suas relações intra e extra-familiares, o que possibilitou à equipe elaborar as propostas de educação em saúde, numa perspectiva de reorientar a prestação de um cuidado de enfermagem mais eficaz. Constata-se que, para o profissional assistir a família de forma a atender suas necessidades, é importante conhecer como esta família se cuida, identificando suas dificuldades e suas forças.

O modelo a seguir (Quadro 1), foi constituído para representar os sistemas interpessoais e

sociais vivenciados pela família, e representa um modelo de cuidado para a intervenção do enfermeiro. No primeiro sistema, foram identificadas três categorias: interação humana, comunicação e estresse, enquanto no segundo, outras três categorias: organização, autoridade/poder e tomada de decisão. Para interpretação, os autores apoiaram-se na compreensão das dimensões humana, técnica e político-social inseridas nas ações de promoção familiar, voltadas para uma vida prazerosa, com qualidade, mediante o acesso aos bens e serviços essenciais⁽⁹⁾.

SISTEMAS INTERPESSOAIS			SISTEMAS SOCIAIS		
Interação humana	Comunicação	Estresse	Organização	Autoridade e poder	Tomada de decisão
Estabelecendo relacionamentos interpessoais	Comunicação ineficaz com membros da família e profissionais da saúde	Dificuldades no cotidiano	Grupos dos quais participa	Relações críticas	Problemas cotidianos
Membros da família	Demora no atendimento	Falta de entendimento e conflito	A Igreja	Comando único	Isolamento social
Profissionais da saúde	Experiências negativas na solução de problemas Educação em Saúde desvinculada da realidade	Dificuldades financeiras	A família	Autoritarismo familiar	

Quadro 1 - Modelo dos sistemas interpessoais e sociais vivenciados pela família.

Fonte: Modelo de King⁽⁷⁾ (adaptação).

A família é um sistema de comunicação aberto e complexo em cujas relações se alicerçam as bases do processo de socialização. Quando nas relações familiares predominam os bloqueios de comunicação o sistema pode entrar em desequilíbrio gerando consequências negativas para seus elementos, para a família como um todo e para a sociedade⁽¹⁰⁾.

Destaca-se a relevância da participação dos membros da família por intermédio dos vários canais disponíveis, bem como, compreender que as práticas participativas como parte da educação em saúde se constroem e se fortalecem na convivência cotidiana com o usuário e na possibilidade do compartilhamento do saber, gerando o empenhamento de indivíduos e comunidades⁽¹¹⁾.

Nos países em desenvolvimento, a pobreza e as relações sociais constituem fatores de risco à saúde. Essa relação se mostra bastante clara, uma vez que, com frequência, a única possibilidade de ajuda com que as famílias carentes podem contar, são as redes sociais de apoio, além de serem o único suporte para ajudar a aliviar as cargas da vida cotidiana⁽¹²⁾.

Dessa forma, as associações voluntárias são formas de ativar as redes sociais, evitando o isolamento social dessa família, rompendo com as experiências negativas de solução de problemas. Tais associações na área da saúde podem exercer importante papel para romper o isolamento individual e melhorar as condições de saúde⁽¹²⁾.

No que se refere à mobilização cotidiana de toda uma rede familiar como estratégia para a sobrevivência do grupo doméstico, a mulher, como chefe de família, é o principal agente de cuidados à saúde⁽¹³⁾, fato constatado no presente estudo, em que o papel de chefe da família é exercido pela mulher e partilhado com a filha mais velha.

Com relação ao apoio social, nota-se na família do estudo um isolamento comunitário, nas situações da vida cotidiana, pois a única rede de apoio é a igreja, que representa um recurso fundamental, tanto do lado espiritual como financeiro. A rede de apoio informal (vizinhos e irmãos da igreja) frente às dificuldades da vida representa um recurso indispensável às famílias de camada

popular, uma vez que amplia e efetiva as redes de apoio social, sendo o grande aliado dessas famílias⁽¹³⁾.

Portanto, a discussão do apoio social como proposta de educação em saúde abre a perspectiva de abordarmos questões que frequentemente originam contradições no meio dos mediadores de educação popular: a economia, a comunicação emocional e a religiosidade das famílias de baixa renda.

Para propor ações de educação em saúde, elaborou-se três categorias: economia, comunicação emocional e religiosidade (Quadro 2), das quais resultaram as estratégias e as propostas simultaneamente encontradas em trabalhos de outros autores que estudam família^(13,14).

CATEGORIAS	OBJETIVOS	PROPOSTAS PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE
Economia	Orientar quanto à inserção de membros da família em atividades de sustentabilidade por meio de ONG's e associações de bairro. Propor atividades econômicas que viabilizem a auto-sustentabilidade da família.	Apresentação de experiências exitosas de auto-sustentabilidade do lar. Roda de conversa com representantes da associação do bairro e ONG's presentes na comunidade. Oficinas de atividades econômicas factíveis de serem desenvolvidas no lar.
Comunicação emocional	Desvelar os vínculos negativos e positivos da família. Incentivar a expressividade das barreiras psicológicas que impedem uma comunicação emocional efetiva. Estimular uma comunicação emocional e dialógica, apresentando instrumentos e estratégias norteadoras.	Oficina sobre relações familiares baseada na teoria de campo psicológico de Kurt Lewin. Capacitação da gerente da família quanto à utilização da comunicação emocional na família.
Religiosidade	Utilizar as dimensões da religiosidade da família como suporte emocional nas situações de crise.	Discussão, com a gerente da família sobre aspectos pedagógicos e bíblicos como exemplo e suporte norteador para direcionar as relações familiares e a resolução de problemas.

Quadro 2 - Proposta para educação em saúde com uma família sob enfoque de risco.

Esta proposta de educação em saúde apóia-se no diagnóstico comportamental e social da família⁽¹⁵⁾. O modelo de cuidado de enfermagem é integrado e cíclico, e o enfermeiro em suas visitas subsequentes terá a oportunidade de examinar o desenvolvimento da família na superação de suas dificuldades e conhecimento de novas demandas.

4 REFLEXÕES FINAIS

Por esta experiência, percebeu-se que desenvolver atividades de educação em saúde requer do profissional uma postura de aproximação com a família para apreensão de seu contexto biopsicossocial e pretensão desenvolvimento de seus mem-

bro nas ações propostas, as quais devem contemplar o seu mundo perceptual.

Em uma sociedade permeada de contravalores, a saúde da família em sua dimensão ecológica sofre constantes bombardeamentos; assim sendo, a educação em saúde deve ultrapassar as dimensões biomédicas, priorizando a conquista social da saúde que passa, dentre outras coisas, pelas relações interpessoais e sociais, autoestima preservada e capacidade de resolução de problemas familiares.

Na verdade, a família é um espaço onde coexistem o imprevisível, as incertezas e as possibilidades funcionando como uma unidade complexa com muitos problemas gerados fora dela, que determinam o modo de nascer, viver e morrer caracterizando em alguns casos, o grupo dos excluídos sociais⁽¹⁶⁾.

O enfermeiro legitima-se como um profissional essencial quando sua aproximação com a família possibilita um desvelamento no campo perceptual dos seus componentes, viabilizando a construção do cuidado de forma participativa e transformadora na perspectiva de recuperação ou conquista da qualidade de vida, partindo do princípio de que toda mudança é possível, a partir do momento em que nela se acredita.

O papel do enfermeiro junto a uma família em situação de risco deve ser direcionado para o estímulo ao processo de socialização utilizando a comunicação como mecanismo social básico. Nesse sentido, cabe reconhecer que exige uma capacitação específica não inerente à formação técnica em geral, aspecto que deve ser repensado nos currículos da área de Saúde, principalmente de Enfermagem.

A partir da compreensão do significado de experiências anteriores, a aprendizagem do mecanismo de enfrentamento das dificuldades seria viável capacitando assim, os componentes da família a incorporarem conceitos adaptativos às situações de crise e de aspectos estressores. Tal fato abriria espaços para a busca de novas formas de sustentação e de uma nova identidade familiar.

Desse modo, é possível esperar-se o desenvolvimento individual e de relações familiares equilibradas tendo como referencial os padrões sócio-culturais de seu contexto.

REFERÊNCIAS

- 1 Oliveira DLLC. Brazilian adolescent women talk about HIV/AIDS risk: reconceptualizing risky sex: what implications for health promotion? [thesis of Doctoral in Health Education]. London: Institute of Education, University of London; 2001. 237 f.
- 2 Souza AC, Colomé ICS, Costa LED, Oliveira DLLC. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. Revista Gaúcha de Enfermagem 2005;26(2):147-53.
- 3 Costa LB. Família como unidade de serviço sob enfoque de risco. In: Gurgel AH, Costa LB, Vieira MDCM. O cuidado de saúde. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2000. p. 77-83.
- 4 Barroso MGT. Reflexões sobre saúde da família: dimensões culturais e éticas. In: Alves MDS, Pagliuca LMF, Barroso MGT, organizadores. Cultura e poder nas práticas de saúde: sociedade, grupos, família. Fortaleza: Edições UFC; 1999. p. 111-6.
- 5 Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.
- 6 Cruz Neto O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, métodos e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2002. p. 51-6.
- 7 King IM. A theory for nursing: systems, concepts, process. New York: Medical Publications; 1981.
- 8 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196/96, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1997.
- 9 Barroso MGT, Vieira NFC, Varela ZMV. Educação em saúde no contexto da promoção humana. Fortaleza: Demócrito Rocha; 2003.
- 10 Dias FN. O processo de comunicação autêntica na relação familiar: contributos para uma perspectiva sistêmica [monografia na Internet]. São Paulo: Rogeriana; 2001 [citado 2006 jul 9] Disponível em: <http://www.rogeriana.com/nogdias/familiar/familiar.htm>.

- 11 Wendhausen A, Saupe R. Concepções de educação em saúde e a estratégia de saúde da família. Texto & Contexto: Enfermagem 2003;12(1):17-25.
- 12 Andrade GRB, Vaitsman J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. Ciência e Saúde Coletiva 2002;7(4):1-14.
- 13 Oliveira ML, Bastos ACS. Práticas de atenção à saúde no contexto familiar: um estudo comparativo de casos. Psicologia: Reflexão e Crítica 2000;13(1):97-107.
- 14 Bastos ACS, Trad LAB. A família enquanto contexto de desenvolvimento humano: implicações para a investigação em saúde. Ciência e Saúde Coletiva 1998;3(2):106-15.
- 15 Naidoo J, Wills J. Health promotion: Foundation for practice. London: Balliere Tindall; 2000.
- 16 Barroso MGT, Vieira NFC, Varela ZM, organizadores. Saúde da família II: espaço de incertezas e possibilidades. Fortaleza: Sociedade Brasileira de Enfermeiros Escritores; 2005.

Endereço da autora/Author's address:
Maria Suêda Costa
Rua Nossa Senhora dos Remédios, 18
Bairro Benfica
60.020-120, Fortaleza, CE
E-mail: sueuda@yahoo.com.br

Recebido em: 30/03/2006
Aprovado em: 27/07/2006