

**APLICAÇÃO DO MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO FAMILIAR NO CONTEXTO  
DOMICILIAR PÓS ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO\***

APPLICATION OF THE CALGARY FAMILY ASSESMENT MODEL IN THE HOME CONTEXT AFTER  
ENCEPHALIC VASCULAR ACCIDENT

APLICACIÓN DEL MODELO CALGARY DE EVALUACIÓN FAMILIAR EN EL CONTEXTO  
DOMICILIAR TRAS UN ACCIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Fernanda Misawa Buzarelo<sup>1</sup>  
Thamires Fernandes Cardoso da Silva Rodrigues<sup>2</sup>  
Rafaely de Cássia Nogueira Sanches<sup>3</sup>  
Anderson da Silva Rêgo<sup>4</sup>  
Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic<sup>5</sup>

**RESUMO**

**Objetivo:** aplicar o Modelo Calgary de Avaliação Familiar no contexto domiciliar em família que convive com pessoa acometida por Acidente Vascular Encefálico. **Métodos:** Trata-se de estudo de caso, qualitativo, que utilizou a Pesquisa Convergente Assistencial e ancorou-se no Modelo Calgary de Avaliação Familiar como referencial teórico. Realizado junto a uma família que vivenciava a recuperação domiciliar de um dos seus membros acometido por Acidente Vascular Encefálico. Realizaram-se 15 encontros com entrevistas, sendo o primeiro ainda durante a hospitalização. A coleta de dados foi realizada entre os meses de fevereiro a junho de 2014, conduzidas com o paciente e dois familiares, sendo gravadas em aparelho digital e posteriormente transcritas na íntegra. Para a análise dos dados, construiu-se genograma e ecomapa, bem como utilizou-se dados do diário de campo. **Resultados:** A construção do genograma e do ecomapa, estratégias do referencial, permitiu a compreensão das relações familiares, da interação entre os membros e as redes sociais de apoio à família. **Considerações finais:** O uso do modelo em conjunto com o referencial metodológico, possibilitou o auxílio à família para resolução dos desafios advindos no cotidiano de cuidado.

**Descritores:** Avaliação em Enfermagem; Relações Familiares; Acidente Vascular Encefálico; Enfermagem Holística; Enfermagem em Saúde Comunitária.

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá (UEM). Maringá – PR, Brasil. E-mail: [fermiss@bol.com.br](mailto:fermiss@bol.com.br)

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela UEM. Maringá – PR, Brasil. E-mail: [thamy\\_nutri@yahoo.com.br](mailto:thamy_nutri@yahoo.com.br)

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela UEM. Maringá – PR, Brasil. E-mail: [rafaely.uem@gmail.com](mailto:rafaely.uem@gmail.com)

<sup>4</sup> Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem pela UEM. Maringá – PR, Brasil. E-mail: [anderson.dsre@hotmail.com](mailto:anderson.dsre@hotmail.com)

<sup>5</sup> Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UEM. Maringá – PR, Brasil. E-mail: [kikanovic2010@hotmail.com](mailto:kikanovic2010@hotmail.com)

Autor correspondente: Thamires Fernandes Cardoso da Silva Rodrigues. End: Avenida Colombo, 5.790 - Campus Universitário - Bloco 002, sala 001, CEP: 87020-900 - Maringá – Paraná – Brasil. Cel: (44) 99893-1568.

\*Artigo extraído da dissertação intitulada "Assistência à família no cuidado domiciliar ao adulto com incapacidade decorrente de um acidente vascular encefálico: Intervenção de Enfermagem", vinculada à Universidade Estadual de Maringá (UEM). Maringá – PR, Brasil, 2015.

## ABSTRACT

**Objective:** to apply the Calgary Family Assessment Model in the home context in a family that lives with a person affected by cerebrovascular accident. **Methods:** This is a case study, qualitative, which used the Convergent Care Research and was anchored in the Calgary Family Assessment Model as a theoretical reference. Performed with a family that experienced the home recovery of one of its members affected by cerebrovascular accident. Fifteen meetings were held, being the first during hospitalization. Data collection was performed between February and June 2014, conducted with the patient and two relatives, recorded in digital media and later transcribed in full. For data analysis, a genogram and ecomap were constructed, as well as field journal data. **Results:** The construction of the genogram and the ecomap, strategies of the referential, allowed the understanding of the family relations, the interaction between the members and the social networks to support the family. **Final considerations:** The use of the model with the methodological framework enabled the family to help solve the challenges arising from daily care.

**Keywords:** Nursing Assessment; Family Relations; Stroke; Holistic Nursing; Community Health Nursing.

## RESUMEN

**Objetivo:** aplicar el Modelo Calgary de Evaluación Familiar en el contexto domiciliar en familia que convive con persona acometida por Accidente Vascular Encefálico. **Métodos:** estudio de caso, cualitativo, que utilizó la Investigación Convergente Asistencial y se ancoró en el Modelo Calgary de Evaluación Familiar como referencial teórico. Fue llevado a cabo junto a una familia que vivenciaba la recuperación domiciliar de uno de sus miembros acometido por Accidente Vascular Encefálico. Se realizaron 15 encuentros con entrevistas, siendo que el primer ocurrió aun durante la hospitalización. La recogida de datos fue realizada entre los meses de febrero y junio 2014, conducidas con el paciente y dos familiares, siendo grabadas digitalmente y posteriormente transcritas en la íntegra. Para el análisis de los datos, se construyó genograma y ecomapa, así como se utilizaron datos del diario de campo. **Resultados:** La construcción del genograma y del ecomapa, estrategias del referencial, permitió la comprensión de las relaciones familiares, de la interacción entre los miembros y las redes sociales de apoyo a la familia.

**Consideraciones finales:** El uso del modelo en conjunto con el referencial metodológico, posibilitó el auxilio a la familia para resolución de los retos advenidos en el cotidiano de cuidado.

**Descriptor:** Evaluación en Enfermería; Relaciones Familiares; Accidente Cerebrovascular; Enfermería Holística; Enfermería en Salud Comunitaria.

## INTRODUÇÃO

As doenças cerebrovasculares (DCV) consistem na primeira causa de morbimortalidade e incapacidade no Brasil. Entre os anos de 2005 a 2016, as DCV responderam por 13% das hospitalizações no país, representando 57,1 internações por 100 mil habitantes<sup>(1)</sup>. Dentre as patologias que se enquadram nesta classificação, destaca-se o Acidente Vascular Encefálico (AVE), com taxa de mortalidade aos 30 dias de 18,5% e aos

12 meses de 30,9%, sendo o índice de recorrência após um ano de 15,9%<sup>(2)</sup>.

As pessoas que sobrevivem ao evento sofrem com incapacidades funcionais, as quais alteram o cotidiano, bem como a qualidade de vida. Estudo, desenvolvido no nordeste do país, com 118 pacientes que foram acometidos por AVE, identificou que 37% possuíam grau moderado a elevado de dependência, sendo que as atividades com maior dificuldade para realização foram micção (73,8%) e evacuação (66,9%)<sup>(3)</sup>.

O seu acontecimento repentino, configura-se por um evento estressor

tanto para o sujeito como para a família, que vivencia alterações que resultam em um processo de reorganização familiar<sup>(4)</sup>. A fase de transição do cuidado hospitalar para o domicílio é o momento em que a família precisa adaptar-se às mudanças que ocorrem no seu funcionamento interno e com os sistemas mais amplos. Assim, as famílias desempenham papel importante no cuidado de pacientes dependentes resultantes de um AVE, configurando-se como principais cuidadores<sup>(5)</sup>. Entretanto, por vezes, não possuem o preparo necessário para assistir as pessoas que demandam por cuidados, suscitando em desgaste físico, emocional e psicológico para o cuidador<sup>(6,7)</sup>. Além disso, frequentemente, os profissionais de saúde negligenciam a orientação e o suporte social aos cuidadores, expondo-os a uma carga excessiva de estresse, o que pode afetar sua saúde<sup>(4)</sup>.

Compreender o processo de reorganização familiar possibilita aos profissionais de saúde identificar as reais demandas do grupo, a fim de minimizar seus anseios e implementar estratégias com e para a família, valorizando suas potencialidades, envolvendo-os no cuidado<sup>(8)</sup>. Nesse sentido, o Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF) revela-se como uma ferramenta sistematizada ideal para ser utilizada. Porquanto, possibilita uma prática de saúde de qualidade, de modo a ampliar as possibilidades para o cuidado, tornando-o mais efetivo, proporcionando qualidade de vida para a família e para a pessoa acometida por AVE<sup>(8,9)</sup>.

O MCAF baseia-se nas experiências pessoal e profissional do pesquisador, bem como em suas crenças e relacionamentos com o participante da pesquisa. Trata-se de uma estrutura multidimensional, integrada e ancorada em sistemas, comunicação e fundamentos teóricos, o qual busca identificar as forças e as fragilidades do sistema familiar<sup>(10)</sup>. Destarte, a equipe de saúde ao reconhecer o movimento de

reorganização familiar após o AVE e suas consequências, bem como, as experiências e os sentimentos vivenciados em relação ao cuidado, pode direcionar a assistência e minimizar o sofrimento enfrentado nesse processo de adaptação, contribuindo para a promoção do bem-estar geral<sup>(11)</sup>.

No entanto, há uma quantidade diminuta de pesquisas que aplicaram a MCAF para identificar e reconhecer as famílias, sobretudo, num ambiente de cuidados primários, pós hospitalização. E para que haja mudança no cuidado, é fundamental o envolvimento dos atores sociais e dos profissionais na prática assistencial<sup>(12)</sup>. Considerando que o modo de cuidar e enfrentar os problemas é peculiar a cada grupo, este estudo objetivou aplicar o Modelo Calgary de Avaliação Familiar no contexto domiciliar a família que convive com pessoa acometida por AVE.

## MÉTODO

Estudo de caso, qualitativo, que possui como referencial metodológico a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) e está ancorado no referencial teórico do Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF), extraído da dissertação de mestrado intitulada *Vivência da família: o cuidado no domicílio a um familiar com incapacidades decorrentes de um acidente vascular encefálico*.

A PCA, que consiste na articulação intencional com a prática assistencial<sup>(12)</sup>, demonstrou-se adequada ao objetivo dos pesquisadores de acompanhar a recuperação e adaptação da família após a alta hospitalar devido AVE. Desenvolve-se nas seguintes etapas: a) Concepção – consiste na definição do tema, estes emergem da prática profissional do pesquisador, verificando a experiência profissional, áreas de interesse e informações

disponíveis na literatura; b) Instrumentação – definem-se os procedimentos metodológicos, como a escolha do espaço de pesquisa, os participantes e a técnica para coleta e análise das informações; c) Perscrutação – refere-se a coleta de dados; d) Análise – devido à complexidade da PCA, pode requerer a utilização de diversos métodos e técnicas de análise; e) Interpretação – compreende três processos fundamentais que correspondem à lógica da análise de seus achados: síntese, teorização e transferência<sup>(12)</sup>.

A busca pelos participantes se deu no Hospital Universitário Regional de Maringá por pacientes internados devido a AVE. Adotou-se os seguintes critérios de inclusão: famílias que apresentassem um integrante familiar com idade superior a 18 anos, acometido pelo primeiro episódio de AVE, que estivesse com grau de dependência moderada, severa ou muito severa, identificado a partir da aplicação do instrumento Mini Dependence Assessment<sup>(13)</sup>. Quanto a exclusão, os critérios foram: não residir no município de estudo, óbito do familiar adoecido, ter o cuidado realizado por profissionais contratados e institucionalização da pessoa adoecida. Inicialmente, abordaram-se 22 famílias, cinco enquadraram-se nos critérios de elegibilidade e aceitaram participar do estudo, no entanto uma família solicitou sua exclusão da pesquisa após duas visitas domiciliares, alegando não ter a necessidade de ser acompanhada pelos pesquisadores. Participaram quatro famílias, contudo, para esta comunicação, focou-se nos acontecimentos/resultados de apenas uma unidade familiar.

A abordagem inicial ocorreu ainda durante a hospitalização, momento em que se orientou paciente e familiar quanto aos objetivos e atividades que seriam desenvolvidas durante a pesquisa. Após a alta hospitalar, as visitas e entrevistas

iniciaram no domicílio. Os depoentes foram a cuidadora principal (esposa), o sujeito adoecido e um dos filhos do casal.

As entrevistas ocorreram entre fevereiro e junho de 2014, acompanhou-se a família no mínimo uma vez por semana durante quatro meses, totalizando 15 encontros, com duração média de duas horas cada. As visitas foram realizadas por duas enfermeiras mestradas, por meio de entrevistas semiestruturadas, alternadas por momentos de gravação das falas e de assistência ao paciente, como auxílio no banho, alimentação, orientações em saúde, entre outras atividades. Tal período de acompanhamento foi definido pelo fato de os três primeiros meses após o AVE serem considerados os mais críticos<sup>(14)</sup> e também por nesse período os ganhos na recuperação serem ascendentes e minimizarem as sequelas existentes.

A primeira visita aconteceu uma semana após a alta hospitalar, visto que o período imediato após a alta hospitalar configura-se como uma fase de reorganização da unidade familiar para o cuidado, quando surgem muitas dúvidas. Os dois primeiros encontros se destinaram a promover a aproximação da pesquisadora principal com a família e, para a confecção do genograma e ecomapa. Porém, a complementação dos dados se deu no decorrer dos demais encontros. Após a construção das figuras (genograma e ecomapa), as mesmas foram validadas pela família.

A partir dos primeiros encontros, definiu-se a frequência dos demais de acordo com a necessidade da família. A pesquisadora principal forneceu orientações para o cuidado diário, demonstrando como realizar procedimentos, bem como, colocou-se à disposição da família, para atendimento via telefone. A assistência de enfermagem prestada e/ou orientada baseou-se em protocolos nacionais e

internacionais e na experiência profissional das pesquisadoras.

Os depoimentos foram gravados em aparelho digital e posteriormente transcritos na íntegra. Os pesquisadores realizaram inferências e interpretações guiadas pelo referencial teórico adotado, no sentido da construção das categorias estruturantes do MCAF, partindo das dimensões indicadas pelo material transcrito, bem como, do diário de campo. No diário, registrou-se as informações obtidas durante as interações com a pessoa adoecida e sua família. Estas originaram-se das conversas durante os encontros, das observações da pesquisadora, bem como de todas as atividades realizadas durante os encontros. Após cada visita, os pontos chave foram anotados imediatamente no diário de campo, para não ocorrer o esquecimento de acontecimentos importantes.

Os dados foram analisados seguindo as categorias pré-estabelecidas pelo MCAF, sendo elas: estrutura, desenvolvimento e funcionamento da família. Esta estratégia é considerada multidimensional e propõe avaliar a família, baseando-se nas experiências de vida pessoal e profissional do enfermeiro, bem como, nas crenças e relacionamentos com os participantes<sup>10</sup>.

A categoria estrutural avalia a estrutura da família, ou seja, integrantes, vínculo afetivo entre seus membros e o seu contexto. Os instrumentos mais utilizados são o genograma e ecomapa, os quais são úteis para delinear as estruturas interna e externa da família<sup>10</sup>. A categoria desenvolvimento se refere a todos os processos transacionais de evolução associados ao crescimento da família<sup>10</sup>. De modo, que se possa identificar e compreender, por meio de estágios, qual o momento do ciclo vital em que o grupo se encontra e, dessa forma, descrever a trajetória percorrida pela mesma.

Na avaliação da categoria funcional, são contemplados os detalhes sobre como os membros realmente se comportam uns com os outros nas atividades cotidianas. É uma fotografia da vida familiar, observada e apresentada por ela mesma. Essa avaliação abrange dois aspectos básicos: o instrumental e o expressivo. O aspecto instrumental do funcionamento familiar diz respeito às atividades rotineiras da família, e, no expressivo, o foco da avaliação é principalmente a interação entre todos os membros da família. Por isso optou-se por utilizar o MCAF, pois o mesmo permite conhecer a família em seu ambiente, levantar as necessidades e construir alternativas de cuidado específicas para cada condição<sup>10</sup>.

Estudo conduzido em consonância com as diretrizes da Resolução n. 466/2012, aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, sob parecer n. 502.185/2013. Os dois familiares participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias de igual teor, e o TCLE do familiar adoecido foi assinado pela cuidadora, devido às limitações motoras que impediam a assinatura pelo mesmo, no entanto, este consentiu e autorizou verbalmente.

A fim de preservar a identidade dos participantes, nomeou-se a família como uma estação do ano, como uma analogia as "estações" da vida, pois todos vivenciam fases diferentes e que podem ser comparadas as épocas do ano. A família estudada passou por períodos de renovação, quando os obstáculos da vida a fizeram buscar novas possibilidades, assim como ocorre no outono, quando as flores e folhas secam e caem para dar lugar "ao novo". E assim, cada pessoa participante nesta pesquisa foi identificada com o nome de uma flor, sendo estas específicas do outono.

## RESULTADOS

### Categoria estrutural e de desenvolvimento

A família Outono é do tipo extensa, composta por cinco pessoas: o casal, dois filhos e uma neta. Encontrava-se no estágio de encaminhamento dos filhos e saída de casa. Tal fase configura-se pelo preparo dos filhos para iniciarem uma nova família, ou morarem sozinhos. A família convive no mesmo quintal, com outro tipo de rearranjo familiar, o da filha Orquídea, viúva, que vive com sua filha na casa dos fundos, constituindo uma família monoparental.

O pai é Boca-de-Leão, 58 anos, dependente de cuidados decorrente do

jovem de 26 anos, motorista em uma empresa de tintas, solteiro, possui uma filha de 11 anos, a qual mantém uma relação distante do pai (Flor-de-Maio). De acordo com os relatos de Rosa e Boca-de-Leão, o filho enfrenta problemas com o uso de drogas lícitas e ilícitas e, quando está sob o efeito de substâncias, torna-se violento, agredindo e insultando verbalmente todos os integrantes da família.

A filha mais velha é Orquídea, 29 anos, desempenha a atividade de auxiliar de cozinha, viúva há três anos, possui uma filha, Margarida, de seis anos que passa meio período na casa dos avós. A composição familiar e seus relacionamentos estão representados no genograma abaixo (Figura 1).

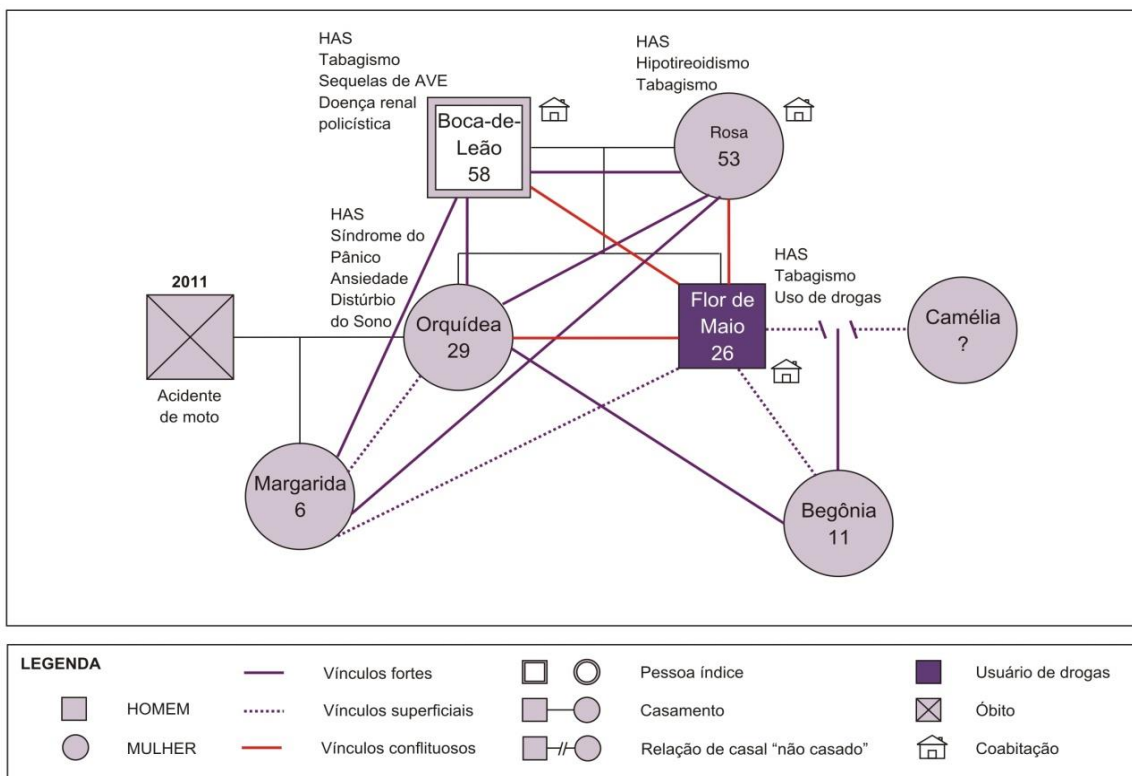


Figura 1 - Genograma da família Outono. Maringá-PR. 2014

Fonte: Modelo adaptado de Musquim et al<sup>(15)</sup>.

AVE. Reside com sua esposa, Rosa, 53 anos, dona de casa e sua cuidadora principal. Os dois são casados há 35 anos, e mantêm uma relação de muito carinho e respeito mútuo. O filho Flor-de-Maio que mora com o casal. Trata-se de um

Todos os membros da família, com exceção da criança, possuem doenças crônicas. Boca-de-Leão tem complicações decorrentes do AVE, tais como marcha espástica, astenia, dislalia e perda de memória. Ainda, apresenta como

comorbidades a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), o tabagismo (desde os cinco anos de idade, quando experimentou o primeiro cigarro, influenciado por seu pai) e doença renal policística grau IV, com a possibilidade de iniciar tratamento dialítico (Figura1). Rosa possui HAS, hipotireoidismo e é tabagista, utiliza vários medicamentos contínuos, contudo, não faz acompanhamento médico periódico.

O filho Flor-de-Maio também tem HAS, é tabagista e usuário de drogas há sete anos. Orquídea, a filha mais velha, tem síndrome do pânico, ansiedade e insônia e mantém uma relação distante com sua filha, tal afastamento se deu após a morte, de maneira trágica (acidente de motocicleta), do marido. Esse evento trouxe repercussões negativas para Orquídea, devido a tristeza constante em sua vida. Sempre reclusa de modo a conversar o mínimo possível com o grupo familiar.

No ecomapa (Figura 2) destaca-se, ao centro, o núcleo familiar e, a sua volta, as redes de sustentação e de apoio de

cuidado que fazem parte da vida diária do grupo após o adoecimento de Boca-de-Leão. A família possui como rede de sustentação de cuidado: o hospital universitário o qual, além do atendimento de emergência e internamento, também acompanhou Boca-de-Leão após a alta hospitalar; o setor de hemodiálise de uma instituição privada, onde começou a ser assistido por uma equipe multiprofissional; membros da família extensa, identificados como aliados, não só pelo suporte emocional oferecido, como também por contribuições financeiras. A participação do casal e do filho Flor-de-Maio em um grupo de apoio ao tabagismo; escola de Margarida; os amigos mais próximos e a religião, que além da ajuda espiritual, os auxiliavam com os gastos com os tratamentos.

As pesquisadoras, como enfermeiras, também representaram uma fonte de cuidado à saúde física e emocional da família. Conforme relato de Rosa, a presença da pesquisadora no momento de retorno ao domicílio, a fazia se sentir mais segura para o desenvolvimento dos

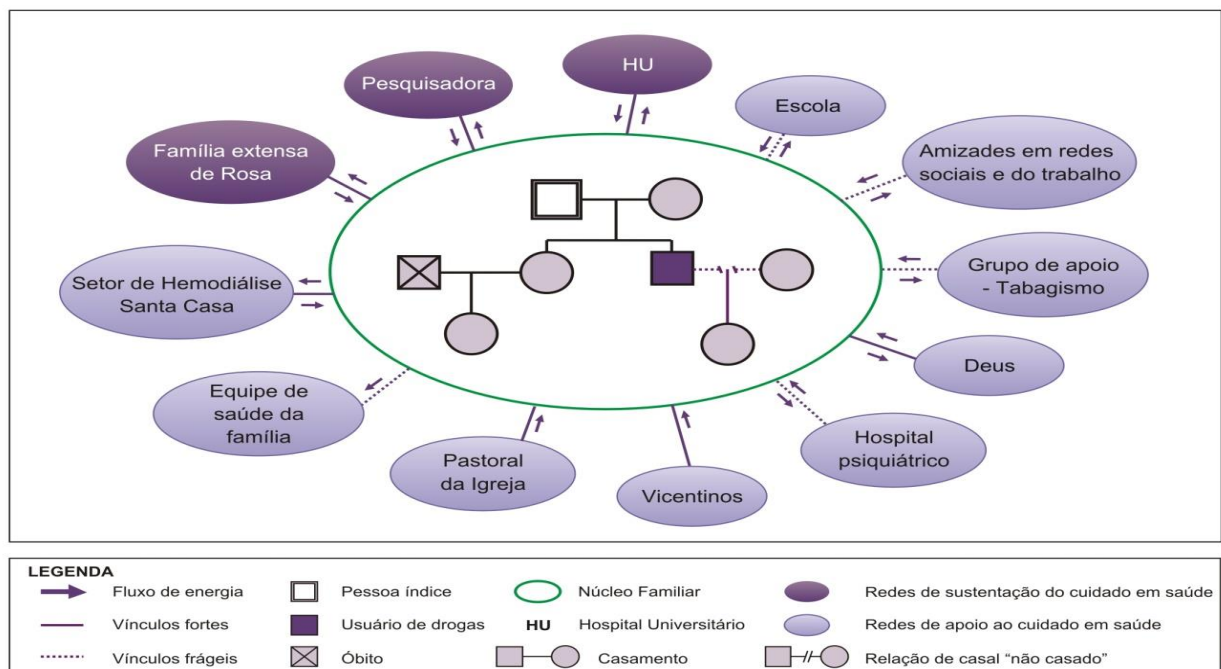


Figura 2 – Ecomapa da família Outono. Maringá-PR. 2014.

Fonte: Modelo adaptado de Musquim et al<sup>(15)</sup>.

cuidados, principalmente quanto ao banho, administração de medicações e alimentação. Além disso, a pesquisadora realizou atividades de entretenimento, que envolveu a família, como jogos didáticos e música, com o objetivo de proporcionar um momento familiar (Figura 2).

Desde o adoecimento de Boca-de-Leão, o casal passou a ter dificuldades financeiras. Primeiro, devido ao provedor do lar estar impossibilitado de exercer suas funções laborais, além de não conseguir a aprovação da aposentadoria. Segundo, por Rosa não poder exercer sua atividade como costureira, já que está diretamente envolvida com o cuidado diário ao esposo. Além disso, referiu o aumento das despesas com os tratamentos requeridos devido o AVE.

Os entrevistados residem em uma área com cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), no entanto, Rosa referiu receber poucas visitas dos profissionais, julgando necessário um melhor apoio da equipe, devido necessidade de cuidados de Boca-de-Leão, configurando-se como um vínculo frágil entre a família e o serviço.

### **Categoria funcional**

Como apresentado anteriormente, Rosa sofre com o acúmulo de responsabilidades em relação ao cuidado de sua família, de modo que tal sobrecarga repercutiu em exaustão física, isolamento social e desequilíbrio financeiro, pois não contava com o auxílio dos filhos para os cuidados com Boca-de-Leão e as atividades domésticas. A sobrecarga da depoente foi intensificada devido à dificuldade ou inexistência de comunicação com os filhos, quanto aos seus anseios e sentimentos, principalmente pelo fato de os dois terem transtornos emocionais graves e negligenciados por eles próprios. Pode-se identificar que

todos os membros que compõe a família Outono, sofrem com o isolamento social.

O grupo também precisa lidar com os problemas envoltos pela dependência de drogas do filho Flor-de-Maio. Tais situações contribuíram para o desenvolvimento de problemas de saúde enfrentados pelos pais. Segundo os relatos do casal de depoentes, no dia em que Boca-de-Leão sofreu o episódio de AVE, "passou muito nervoso" após ser agredido pelo filho. Atualmente, a dependência de drogas consiste na problemática que gera maior preocupação. A família mobilizou-se no intuito de "ajudar" Flor-de-Maio, e o conduziu a uma internação involuntária. No entanto, algumas semanas após seu regresso para casa, retornou o consumo de drogas, e não realizou acompanhamento pelo Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) do município.

Notou-se também, a aproximação de vínculo, que já era fortalecido antes do processo de adoecimento, entre Boca-de-Leão, Rosa e a neta, Margarida. Porquanto, Margarida passa grande parte do dia na companhia dos avós e mantém uma relação muito próxima e afetiva. Entretanto, observou a intensificação dos conflitos entre os pais, Flor-de-Maio e Orquídea, devido ciúmes do irmão. Mesmo diante de todas as adversidades enfrentadas pelos participantes, estes demonstravam esperança de renovar as relações intrafamiliares e ter um futuro promissor para todo o grupo.

### **DISCUSSÃO**

Os resultados permitiram avaliar uma família que vivenciou o AVE, identificando as principais características de sua estrutura, desenvolvimento e funcionamento. Constatou-se que este grupo peculiar lidava diariamente com questões complexas que extrapolavam as limitações oriundas do AVE, como a depen-



dência de drogas (lícitas e ilícitas), os transtornos mentais, o isolamento, os conflitos e distensões que se alvoroçam no cotidiano.

Estes achados expõem a primazia das relações familiares, os quais podem ser evidenciadas nas redes de afeto e sustentação, segurança, diferenças, enraizamento de valores, costumes e crenças, exteriorizados por conflitos, mágoas e rejeição<sup>(16)</sup>. Cabe salientar que os vínculos existentes entre a família e as redes de sustentação envolvem, necessariamente, as pessoas que se relacionam de modo próximo e intenso com o sujeito adoecido, configurando-se os núcleos de permanência<sup>(10)</sup>, aquelas que participam de momentos pontuais, com relacionamentos de menor intensidade afetiva, não foram analisado.

A família Outono encontra-se no estágio de encaminhamento e saída dos filhos de casa. Porém, apesar de naturalmente os casais presumirem que um dia sua prole os deixará, cada vez mais essas expectativas não são atendidas. Estudo desenvolvido nas principais capitais brasileiras, com jovens de 18 a 30 anos, detectou que 51,5% ainda moravam com os pais, sobretudo na faixa etária de 18 a 24 anos (65,1%)<sup>(17)</sup>.

Assim, é importante que a família reorganize as funções primárias hierarquizadas desempenhadas por cada integrante, adaptando aos novos papéis de pais e filhos adultos. Isso implica na renegociação de compromissos emocionais, financeiros e de atividades domésticas<sup>(7)</sup>.

Outro evento que modificou a estrutura da família estudada foi a perda de um dos seus integrantes de modo repentino e violento, o qual repercutiu negativamente em todos familiares, até mesmo na díade mãe-filha. Segundo a literatura, os lamentos e a tristeza são profundos em relação às mortes, e

produzem sensação de ausência de referência, comprometendo o círculo das relações primárias, e até mesmo, dificultando na manutenção de vínculos entre as pessoas<sup>(16)</sup>.

Nesse sentido, cabe ao profissional de enfermagem atentar-se aos grupos que sofrem com o luto de entes queridos, no intuito de identificar possíveis disfuncionalidades que comprometem a ordem da família, sem, no entanto, julgar o comportamento adotado, e se necessário encaminhar ao psicólogo que está inserido na ESF, por meio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Porquanto, cada um reage ao luto de uma maneira diferente. Ajudando-os a lidarem com o sofrimento, e se necessário, acionar os demais profissionais que compõem as equipes de saúde, como psicólogos e terapeutas ocupacionais para reestabelecerem a funcionalidade do grupo.

Dentre todas as problemáticas enfrentadas pelos participantes, destaca-se a dependência de drogas lícitas e ilícitas, que suscitam preocupação, sofrimento, agravos à saúde, e experiências negativas, como violência, desconfiança e furtos. O contexto envolto pelo abuso de substâncias, principalmente de grupos mais vulneráveis (pauperismo, desemprego, analfabetismo, entre outros), contemplam o medo, ameaças à vida, oriundos de traficantes, vivenciando pequena mortes diárias, representadas pelos furtos e mentiras, que abarcam a todos as pessoas que convivem mais proximamente ao sujeito dependente de drogas<sup>(18)</sup>.

É preciso considerar também que a dependência de drogas configura-se por um processo complexo e multifatorial, o qual a presença de condições estressantes, como transtornos mentais, problemas financeiros e um ambiente que gera altos níveis de ansiedade, como é o caso do processo de adoecer, contribui para a suscetibilidade ao uso de substâncias<sup>(5)</sup>.

Por vezes, devido ao desespero e a escassez de informações e recursos, as famílias recorrem as internações involuntárias e/ou compulsórias de seus entes queridos. Salienta-se que a Lei n. 10.216/2001 permite estes tipos de recursos<sup>(19)</sup>. Entretanto, ao analisarmos os pressupostos da referida lei, que incluem a humanização, desospitalização, e reconhece enquanto pessoas, aqueles que possuem transtornos mentais e dependência de drogas. A internação involuntária e/ou compulsória, não lhes garante o direito à vida, ao contrário, constitui violação do seu direito à saúde<sup>(20)</sup>. Faz-se imprescindível que as hospitalizações psiquiátricas sejam analisadas de forma crítica considerando as necessidades do usuário. É preciso salientar que tais medidas não podem ter cunho punitivo, mas antes, precisam ser guiadas por um cuidado singular, autonomia do usuário e de seus familiares. E em consequência ao ato infringir a autonomia do sujeito dependente, os vínculos familiares podem estremecer-se, demandando por suporte profissional, no intuito de auxiliar na reconstruções de tais relações<sup>(21)</sup>.

Ainda, ao observar a organização da família Outono, nota-se o acúmulo de atividades associados a cuidadora principal, resultando em sobrecarga física, emocional e financeira. Esta problemática mostra-se frequente entre as famílias que vivenciam o cuidado a um familiar após AVE, pois geralmente, elege-se apenas um membro para assumir os cuidados do sujeito adoecido<sup>(4)</sup>. A literatura aponta que a sobrecarga relacionada ao cuidado é um construto complexo, envolvendo uma série de aspectos e consequências na vida dos cuidadores familiares<sup>(22)</sup>. Tais aspectos conectam-se ao desenvolvimento de sintomas físicos e à fadiga, dificuldades e desequilíbrio financeiro e de relacionamentos intrafamiliares, sociais e ocupacionais, bem como, a

sintomas psiquiátricos, uso de medicações psicotrópicas e efeitos sociais, de forma que quanto maior for a limitação do familiar maior é a sobrecarga do cuidador<sup>(4,23)</sup>.

Unicamente, a tarefa de cuidar, já suscita problemas de saúde para o cuidador, tais como sintomas depressivos ou solidão. Nessa perspectiva, os profissionais de saúde, devem assistir tais pessoas, quanto as suas próprias demandas de saúde, e com vistas para a educação em saúde, a fim de sanar dúvidas, orientá-los como executar o cuidado de maneira eficiente, evitando-se eventos adversos e agravos laborais, sobre o descanso e a necessidade de atentar-se a sua própria saúde física e mental<sup>(4)</sup>.

No tocante as estruturas externas, notou-se que o grupo estudado, possui acesso à dispositivos de apoio, tais como familiares próximos, alguns amigos, escola, serviços de saúde e a religião. Estes recursos são importantes, pois fomentam o suporte físico, emocional e financeiro, relações sociais, conforto e geram o sentimento de pertença<sup>(24)</sup>. Há de se compreender que a assistência de outros sujeitos no processo de recuperação das pessoas adoecidas mostra-se um elemento forte no auxílio e resolução de problemas<sup>(24)</sup>, ocasionando melhoria na qualidade de vida de todos. Assim, faz-se necessário, que os profissionais de saúde reconheçam as redes que cada família possui, ampliando as estratégias no sentido do alívio de tensões e compartilhamento de responsabilidades.

Destarte, um dos grandes potenciais de trabalho no cenário da ESF é a sua capacidade de oferecer suporte e de fortalecer as famílias para lidarem com situações críticas, como limitações decorrentes de AVE, de forma a minimizar a sobrecarga e o sofrimento<sup>(25)</sup>. Segundo as políticas públicas preconizadas pelo Ministério da Saúde, o relacionamento

entre a ESF e a população adstrita fundamenta-se na construção do vínculo. Dessa forma as equipes devem implantar mudanças na atenção à saúde, frente às propostas de um modelo assistencial, centrado no usuário<sup>(26)</sup>.

Entretanto, pode-se perceber a partir dos relatos dos depoentes que, o atendimento ainda é ofertado de maneira fragmentada, com foco em intervenções curativistas, que desconsideram as demandas sociais e emocionais dos sujeitos. Para superar tal realidade, é imprescindível um novo referencial, apoiado no compromisso ético com a vida, com a promoção e a recuperação da saúde, visando à garantia do acesso aos cuidados necessários, ao vínculo, à corresponsabilização para com o usuário, à integralidade da assistência e ao constante monitoramento dos resultados alcançados<sup>(27)</sup>.

Outra importante estratégia de enfrentamento consiste na espiritualidade referida pelo casal, que os fortalece e os auxilia a manter o desejo de lutar contra sua situação, mesmo quando na presença de doenças e distensões. Por meio da espiritualidade pode-se aliviar conflitos internos, funcionando como “amorteecedor” de impactos negativos à saúde, além de proporcionar alívio emocional e sentimento de pertencer a um grupo. Grupo este, que não faz distinções quanto a raça, sexo, poder aquisitivo, presença ou não de limitações, acolhendo-os de fato<sup>(27)</sup>. Assim, a espiritualidade confere um conforto único diante do sofrimento imposto por doenças crônicas e/ou estigmatizantes. Nessa concepção, os profissionais precisam reconhecer a espiritualidade como uma ferramenta valiosa no processo saúde-doença, o qual não pode ser ignorada, mas respeitada, porquanto, isso encoraja as famílias frente à tais situação<sup>(28)</sup>.

Para tanto, faz-se necessário a formação de profissionais mais sensíveis

e empáticos, a fim de prestar o cuidado holístico e humanizado, com vistas para a unidade familiar, com toda a sua complexidade, reconhecendo as diferentes configurações de famílias, bem como as suas dores e sofrimento, respeitando-se a cultura, crença, costumes, e regras vigentes desta unidade<sup>(18)</sup>. Porquanto, apenas o conhecimento técnico e científico são insuficientes para suprir todos os aspectos que compõe o ser humano e suas relações<sup>(27)</sup>.

Quanto às limitações, destaca-se o fato de não ter entrevistado todos os membros que constituíam a família Outono, o que enriqueceria tal pesquisa, com outras opiniões e perspectivas. Entretanto, este estudo possui aspectos consideráveis que o tornam relevantes à ciência da saúde, especialmente, à assistência de enfermagem de qualidade, pois ancora-se em um referencial denso, como o MCAF, que permitiu vislumbrar e compreender as múltiplas configurações de uma família, com todas as suas limitações e potencialidades.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estratégia do MCAF permitiu avaliar a família em sua multidimensionalidade, compreendendo a partir do olhar holístico a sua estrutura, o seu desenvolvimento e a sua funcionalidade diante do processo de adoecimento, e assim, auxiliá-la e fortalecê-la diante das adversidades. A elaboração do genograma e do ecomapa possibilitou identificar as relações familiares e a apreender a interação entre os membros do grupo e as redes de sustentação e de apoio para o cuidado.

Notou-se também que o processo de adoecimento modifica, consolida ou fragiliza os vínculos, resultando em sofrimento psicossocial para o grupo de uma maneira geral. Entende-se que a família pode ser provedora de cuidados, mas que necessita ser assistida. Cabe aos

profissionais de enfermagem, devido a sua proximidade com a população, e característica do cuidado, compreender e conhecer a realidade assistencial desvelada, em toda sua complexidade. Então, reconhecer quais estruturas, relações e tarefas sustentam o período de adaptação em que a família assume o cuidado no domicílio, novas compreensões e soluções, a fim de subsidiar a assistência holística e humanizada do enfermeiro. Bem como, identificar as fragilidades e potencialidades de cada unidade familiar, estimulando-a e a orientando-a na busca de formas mais efetivas para promover a

sua saúde, intentando o bem-estar e qualidade de vida.

Sugere-se que pesquisas futuras desenvolvam estratégias que visem o melhor acompanhamento das famílias após a alta hospitalar de familiares com incapacidades oriundas de doenças crônicas, no ambiente de cuidados primários. Essencialmente no período imediato após a alta hospitalar, pois esta configura-se como fase de reorganização do grupo para o cuidado, o qual surgem dúvidas, a fim de tornar o cuidado mais qualificado, minimizar encargos negativos e gastos com reinternações.

**Contribuição individual dos autores:** Misawa F e Radovanovic CAT contribuíram com a concepção e projeto, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e correções finais. Rodrigues TFCS; Sanches RCN e Rêgo AS contribuíram com a redação do artigo, análise crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final. Todos os autores declaram ser responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

**Submetido:** 10/04/2018

**Aceito em:** 29/09/2018

## REFERÊNCIAS

1. Figueiredo FSF, Radovanovic CAT. Análise das internações hospitalares por doenças cardiovasculares em adultos no Brasil [dissertação]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá – UEM; 2018. 87f.
2. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: [http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield\\_enerico\\_imagens-filefield-description%5D\\_132.pdf](http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield_enerico_imagens-filefield-description%5D_132.pdf).
3. Dutra MOM, Coura AS, França ISX, Enders BC, Rocha MA. Sociodemographic factors and functional capacity of elderly affected by stroke. Rev Bra Epidemiol [Internet]. 2017 [cited 2018 mai 31]; 20(1): 124-35. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700010011>
4. Costa TF, Costa KNFM, Martins KP, Fernandes MGM, Brito SS. Burden over family caregivers of elderly people with stroke. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2015 [cited 2018 mai 30]; 19(2): 350-55. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150048>

5. Noguchi M, Tachimori H, Naganuma Y, Zhao X, Kono T, Horii S, Takeshima T. Families' opinions about caring for patients with psychiatric disorders after involuntary hospitalization in Japan. *International Journal of Social Psychiatry* [Internet]. 2016 [cited 2018 mai 31]; 62(2): 167-75. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0020764015614595>
6. Estrela-Dias M.; Pais-Ribeiro J. Intervenção psicológica positiva em grupo: forças e virtudes na reabilitação pós-avc. *Psic Saude Doenças* [Internet]. 2014 [citado 30 mai 2018]; 15(1): 201-18, mar. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150117>
7. Costa TF, Costa KNFM, Fernandes MGF, Martins KP, Brito SS. Quality of life of caregivers for patients of cerebrovascular accidents: association of (socio-demographic) characteristics and burden. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [cited 2018 mai 30]; 49(2): 245-52. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000200009>
8. Azevedo PAC, Modesto CMS. The (re)organization of the family care center after facing the impact of the chronic situation of a cardiovascular disease. *Saude Debate* [Internet]. 2016 [cited 2018 jul 5]; 40(110):183-94. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611014>
9. Filho ZAS, Mainbourg EMT, Silva NC. Genograma and ecomapa: structural representation of the family in the everyday care of the AVC sequels. *Saude em redes* [Internet]. 2017 [cited 2018 jul 5]; 3(2):153-61. DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.v3n2p153-161>
10. Wright LM, Leahey M. *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. 3. ed. São Paulo: Roca, 2002.
11. Mendes CFM, Santos ALS. The care in Alzheimer's disease: social representations of family caregivers. *Saude Soc* [Internet]. 2016 [cited 2018 mai 30]; 25(1): 121-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015142591>
12. Trentini M, Paim L, Silva DMGV. The convergent care research method and its application in nursing practice. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2018 jul 5]; 26(4):e1450017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001450017>
13. Benhamou R. *Avaliar a dependência dos idosos: proposta de uma escala de avaliação rápida e global*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, [2000?].
14. Silva CF, Cintra LG. Aphasic subjects rehabilitation: a social-interactionist perspective. *O Mundo da Saúde* [Internet]. 2010 [cited 2018 jul 5]; 34(2):238-43. Available from: [https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/75/238a243.pdf](https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/75/238a243.pdf)
15. Musquim CA, Araújo LFS, Bellato R, Dolina JV. Genogram and ecomap: drawing therapeutic itineraries for families living in a chronic condition. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2013 [cited 2018 mai 30]; 15(3): 656-66. DOI: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.17730>
16. Silva RM, Mangas RMN, Figueiredo AEB, Vieira LJES, Sousa GS, Cavalcanti AMTS, et al. The influence of family problems and conflicts on suicidal ideation and suicide attempts in elderly people. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2015 [cited 2018 mai 31]; 20(6): 1703-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.01952015>
17. SPC Brasil. *Estilo de vida e expectativas quanto ao futuro da juventude no Brasil* [Internet]. Brasília: SPC Brasil, 2017. Disponível em: <https://www.spcbrasil.org.br>

18. Rodrigues TFCS, Sanches RCN, Oliveira MLF, Pinho LB, Radovanovic CAT. Sentimentos de famílias na dependência de drogas: à luz da sociologia compreensiva. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018; 71 (Supl 5):00-00. [Thematic issue: mental health] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0150>
19. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216 de 04 de junho de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2001.
20. Coelho I, Oliveira MHB. Compulsory treatment and crack: a harmful service to public health. Saúde em Debate [Internet]. 2014 [cited 2018 mai 31]; 38(101): 359-67. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140033>
21. Xavier MS, Terra MG, Schimith MD, Leite MT, Kruse MHL, Arnemann CT. The understanding of nurses who work in mental health regarding compulsory and involuntary hospitalization. Esc Anna Nery [Internet]. 2017 [cited 2018 mai 31]; 21(3): e20160262. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0262>
22. Macedo EC, Silva LR, Paiva MS, Ramos MNP. Burden and quality of life of mothers of children and adolescents with chronic illnesses: an integrative review. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2015 [cited 2018 mai 30]; 23(4): 769-77. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0196.2613>
23. Vicente JB, Higarashi IH, Furtado MCC. Mental disorder in childhood: family structure and their social relations. Esc Anna Nery [Internet]. 2015 [cited 2018 mai 30]; 19(1): 107-14. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150015>
24. Viegas SMF, Penna CMM. The Brazilian Unified Health System (SUS) is universal, but quotas are the norm. Cien Saude Colet [Internet]. 2013 [cited 2018 mai 30]; 18(1): 181-90. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/19.pdf>
25. Cavalcante AES, Rodrigues ARM, Paiva GM, Netto JJM, Goyanna NF. Calgary Model Implementation of Family Assessment in Family Health Strategy. Rev Espaço Ciênc Saúde [Internet]. 2016 [cited 2018 mai 31]; 4: 16-28.
26. Brasil. Ministério da Saúde, Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agente Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, 2006.
27. Fernandes CS, Angelo M. Family caregivers: what do they need? An integrative review. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2016 [cited 2018 mai 31]; 50(4): 675-82. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500019>
28. Miqueletto M, Silva L, Figueira CB, Santos MR, Szyllit R, Ichikawa CRF. Spirituality of families with a loved one in end-of-life situation. Rev Cuid [Internet]. 2017 [cited 2018 mai 31]; 8(2): 1616-27. Doi: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.391>