

APLICAÇÃO DO MODELO CALGARY PARA AVALIAÇÃO FAMILIAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

CALGARY MODEL IMPLEMENTATION OF FAMILY ASSESSMENT IN FAMILY HEALTH STRATEGY

CALGARY MODELO DE EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE LA FAMILIA EN ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR

Ana Egliny Sabino Cavalcante¹

Antonia Regynara Moreira Rodrigues²

Geilson Mendes de Paiva³

José Jeová Mourão Netto⁴

Natália Frota Goyanna⁵

RESUMO

Objetivou avaliar a dinâmica de uma família residente em um território da Estratégia Saúde da Família. Trata-se de um estudo de caso realizado em Sobral/CE, tendo como Referencial Teórico o Modelo Calgary de Avaliação Familiar. A coleta ocorreu de setembro a dezembro de 2013, a partir de entrevistas e análise de prontuários. Foi possível compreender os sujeitos a partir do contexto e dinâmica familiar, bem como a interação entre seus membros. A aplicação deste Modelo na família permitiu levantar os principais aspectos de sua estrutura, desenvolvimento e funcionamento, identificando os vínculos do usuário e seus relacionamentos no micro e macro espaço familiar, mostrando as redes de apoio e as funções que desempenham no cotidiano. O Modelo Calgary emerge como recurso terapêutico importante, pois possibilita um tratamento voltado à vida do indivíduo de forma holística, o que pode contribuir para a ampliação das ações de cuidado.

Descritores: Família; Avaliação em Enfermagem; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Aimed to evaluate the dynamics of a family residing in the territory of the Family Health Strategy. This is a case study in Sobral/CE, with the Theoretical Model of the Calgary Family for Assessment of Families. The collection took place from September to December 2013, based on interviews and analysis of medical records. It was possible to understand the subject from the context and family dynamics, as well as the interaction between family members. The application of this model in the family allowed to raise the main aspects of its structure, development and operation, identifying the user links and relationships in the micro and

¹ - Enfermeira Especialista em Gestão em Saúde e Auditoria. Atua no serviço de Educação Permanente do Hospital Regional Norte. Sobral/CE. E-mail: eglinysabino@yahoo.com.br.

² - Enfermeira Especialista em Gestão em Saúde e Auditoria. Mestranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (UECE). Fortaleza/CE. E-mail: regynararodrigues@yahoo.com.br

³ - Enfermeiro. Mestre em Saúde da Família (UFC). Escola de Formação em Saúde da Família. Sobral/CE. E-mail: geilsonpaiva@yahoo.com.br

⁴ - Enfermeiro. Mestre em Saúde da Família (UVA/RENASF/FIOCRUZ). Secretaria Municipal de Saúde. Cariré/CE. e-mail: jeovamourao@yahoo.com.br. Autor correspondente. End.: Av. Margarida Moura, n.1114, Bairro Jerônimo de Medeiros Prado, Sobral/CE. CEP: 62.044-240.

⁵ - Enfermeira. Mestranda em Saúde da Família (UFC). Secretaria Municipal de Saúde. Sobral/CE. E-mail: nataliagoyanna@yahoo.com.br

macro family space, showing support networks and the roles they play in everyday life. Model Calgary emerges as an important therapeutic tool because it enables a treatment aimed at the life of the individual holistically, which can contribute to the expansion of care actions.

Descriptors: Family; Nursing Assessment; Family Health Strategy.

RESUMEN

Tuvo como objetivo evaluar la dinámica de una familia que residen en el territorio de la Estrategia Salud de la Familia. Este es un estudio de caso en Sobral/CE, con el Modelo Calgary de la Evaluación de la Familia. La colección se llevó a cabo entre septiembre y diciembre de 2013, sobre la base de entrevistas y análisis de los registros médicos. Fue posible entender el tema de la dinámica del contexto y de la familia, así como la interacción entre sus miembros. La aplicación de este modelo en la familia permitió conocer los principales aspectos de su estructura, desarrollo y operación, la identificación de los enlaces de usuario y relaciones en el micro y macro espacio familiar, que muestra las redes de apoyo y las funciones que desempeñan en la vida cotidiana. Modelo Calgary emerge como una importante herramienta terapéutica, ya que permite un tratamiento dirigido a la vida del individuo de manera integral, lo que puede contribuir a la expansión de las acciones de atención.

Descriptor: Familia; Evaluación em Enfermería; Estrategia de Salud Familiar

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi concebida pelo Ministério da Saúde em 2006, trazendo maior vigor ao então Programa Saúde da Família (PSF), de 1994, com o objetivo de proceder à reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e para a atenção hospitalar (BRASIL, 2012).

Nesse sentido, representa, pelo menos, duas novas formas de abordagem à saúde da população: primeiro, busca ser uma estratégia para reorientação do modelo assistencial; segundo, é uma proposta de reorganização da atenção básica, respondendo a uma nova concepção de saúde. Essa concepção não é mais centrada somente na assistência à doença, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e desenvolvimento de ações intersetoriais, tendo como eixo prioritário a abordagem familiar (BRASIL, 2012).

A família pode ser entendida como a célula mater da sociedade e o ambiente de maior convívio entre as pessoas, que tem como traço estruturante as articulações da consanguineidade, afinidade e descendência (SILVA; MACHADO; SILVA, 2011).

Assim, ao se focar a atuação na família, amplia-se a noção de atendimento integral à saúde, em que, a partir de um cliente/paciente, as ações são desdobradas para o grupo, com a

organização de práticas preventivas e de promoção coletivas da saúde (DITTERICH; GABARDO; MOYSÉS, 2009).

Considerar a família como cenário de atuação ainda constitui-se um desafio para os profissionais de saúde, sobretudo em um contexto em que o cuidado está voltado, principalmente, para atender às necessidades do indivíduo e não da unidade familiar (FIGUEIREDO; MARTINS, 2009).

O ponto de partida para o trabalho com famílias é a compreensão, por parte do profissional, do próprio modelo de organização familiar, com crenças, valores e procedimentos que efetivamente são adotados na sua vida em família. A abordagem dos sistemas familiares tem sido empregada com o intuito de auxiliar na compreensão da família como unidade de cuidado e não simplesmente como a soma da individualidade de cada membro da família, em diversos contextos.

A avaliação e intervenção em saúde exigem a utilização de modelos que permitam a concepção de cuidados orientados tanto para a coleta de dados como para o planejamento das intervenções. Neste contexto, o Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF) abrange uma perspectiva multidimensional de conhecer e avaliar famílias, englobando três dimensões: estrutural (composição, organização e características dos membros familiares), de desenvolvimento (estágios, tarefas e vínculos) e funcional (atividades, comunicação e papéis familiares) (WRIGHT; LEAHEY, 2012).

Trata-se de um referencial metodológico que permite apreender a família como um sistema, diagnosticar seus problemas de saúde, seus recursos potenciais para enfrentar os problemas e os suportes sociais comunitários disponíveis (WRIGHT; LEAHEY, 2012). Julga-se, assim, que a utilização do MCAF possibilita aos enfermeiros conhecer a dinâmica familiar e identificar as necessidades vivenciadas.

Diante do exposto, indaga-se: como o MCAF pode contribuir para a melhoria da assistência prestada a famílias no contexto da Estratégia Saúde da Família? Portanto, o objetivo do estudo é avaliar, a partir do Modelo Calgary de Avaliação Familiar, a dinâmica de uma família residente em um território de abrangência da ESF, no município de Sobral, Ceará.

MÉTODOS

Adotou-se a metodologia do estudo de caso, com abordagem qualitativa. Este método é considerado amplo, permitindo ser aplicado a uma variedade de problemas e pode ser utilizado em diversas áreas de pesquisa para proporcionar maior conhecimento e envolvimento do pesquisador com uma situação real observada (GIL, 2010).

Foi realizado no Centro de Saúde da Família (CSF), unidade que abrange 3.943 famílias cadastradas e 14.799 pessoas no território adscrito. O critério de escolha dos participantes foi: constituir uma família acompanhada pelo CSF em questão que vivenciasse dificuldades/necessidades no contexto familiar.

Para a seleção da família, buscou-se informações junto aos enfermeiros do serviço e posteriormente com toda a equipe para que indicassem aquela que vinha apresentando maiores dificuldades. Ao final, a família escolhida era composta por onze membros. A pesquisa ocorreu entre os meses de setembro e dezembro de 2013.

Como referencial teórico metodológico, foi adotado o Modelo Calgary de Avaliação Familiar. Este modelo trata-se de uma estrutura multidimensional fundamentado na teoria de sistemas, cibernética, comunicação e mudança, sendo disposta em três grandes categorias: estrutural, de desenvolvimento e funcional (WRIGHT; LEAHEY, 2012).

A categoria estrutural analisa os vínculos afetivos dos integrantes da família, para isso considerando três aspectos da estrutura familiar: elementos internos (composição da família, gênero, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas e limites), elementos externos (família extensa e sistemas mais amplos) e contexto (etnia, raça, classe social, religião e ambiente). Para esta análise, conta-se com as ferramentas genograma e ecomapa (SILVA; BOUSSO; GALERA, 2009; WRIGHT; LEAHEY, 2012).

O genograma elaborado para este estudo abrangeu duas gerações familiares, a da pessoa índice e de seus filhos, oriundos do casamento com seu cônjuge, devido a proposta de avaliar a dinâmica familiar em relação ao cuidado e ao processo saúde- doença do chefe familiar.

Na categoria de desenvolvimento da família são analisadas as transformações progressivas da história familiar durante as fases do ciclo de vida, sendo importante para isso considerar sua história, o curso de vida, o crescimento da família, o nascimento e a morte. Para esta etapa, utilizou-se a entrevista semiestruturada, análise do prontuário familiar e a Linha da Vida de Medalie (SILVA; BOUSSO; GALERA, 2009).

A categoria funcional refere-se ao modo como os indivíduos da família interagem, sendo necessário a atenção para os aspectos do funcionamento instrumental, que se refere às atividades da vida cotidiana, e o funcionamento expressivo, que diz respeito aos estilos de comunicação, solução de problemas, papéis, crenças, regras e alianças (WRIGHT; LEAHEY, 2012). Para esta categoria, as ferramentas utilizadas para coleta de dados foram o Apgar Familiar e a Avaliação da Sobrecarga do Cuidador- Zarit (SCAZUFCA, 2002; SEQUEIRA, 2010).

O estudo respeitou as normas da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como explicado aos participantes sobre a natureza e objetivos da mesma.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Avaliação Estrutural

J.G.S. sexo masculino, 84 anos, casado, pai de 15 filhos sendo 06 já falecidos. É procedente do município de Meruoca CE, mas há mais de quinze anos mudou-se para o município de Sobral-CE. Analfabeto, trabalhava como agricultor e hoje é aposentado. Católico, sua fé em Deus é a sua grande motivação. J.G.S. fazia uso de cigarro e de bebida alcoólica, abandonando esses hábitos após o avançar da idade e o desenvolvimento do seu problema de saúde.

Apresenta diagnóstico médico de hipertensão arterial, usando captopril e hidroclorotiazida como anti-hipertensivos. Por muitos anos fez uso incorreto da medicação, mas atualmente tem seguido às orientações e feito o uso regular das mesmas. Além desse problema, J. G. S apresenta neoplasia prostática. Há mais de 1 ano J.G.S. vem sofrendo com esse problema de saúde e atualmente encontra-se bastante debilitado, acamado, em uso de sonda vesical de demora e totalmente dependente dos seus cuidadores quanto às suas necessidades básicas e atividades da vida diária.

J.G.S. é o patriarca de uma família composta por 11 membros, sendo os mesmos sua esposa e seus 9 filhos, 03 do sexo masculino e 06 do sexo feminino. O casal, que iniciou a relação em 1955, experienciou, em sua constituição familiar, a perda do primeiro filho com três meses de vida, em 1958, cuja causa foi atribuída às doenças da época, posterior a esta o quinto e oitavo filhos faleceram, respectivamente em 1962 e 1965, no primeiro ano de vida e os pais desconhecem a patologia. O décimo segundo filho faleceu há três anos em acidente automobilístico quando se dirigia ao trabalho, a décima quinta filha morreu aos dois anos de idade, em 1974, devido a cardiopatia congênita, já a décima filha faleceu em 1982, aos oito anos, devido a leucemia. Para a formação de sua prole, houveram ainda cinco abortamentos.

Em relação aos membros vivos, a idade corresponde cronologicamente a: 84 anos, 77 anos, 53 anos, 52 anos, 50 anos, 49 anos, 47 anos, 43 anos, 42 anos, 40 anos e 38 anos. Todos, com exceção da pessoa com 84 anos, que corresponde à pessoa índice deste estudo e da pessoa de 77 anos que é sua esposa, trabalham.

Na composição familiar, os membros que prestam apoio à pessoa índice correspondem à sua esposa e suas duas filhas mais jovens e os momentos de interação entre os membros da família são restritos, ocorrem apenas a cada quinze dias, devido ao fato de a maioria de seus filhos residirem em outro município. Entretanto isto não interfere no convívio e relacionamento familiar, como pode ser demonstrado no genograma e ecomapa que seguem.

Genograma e ecomapa

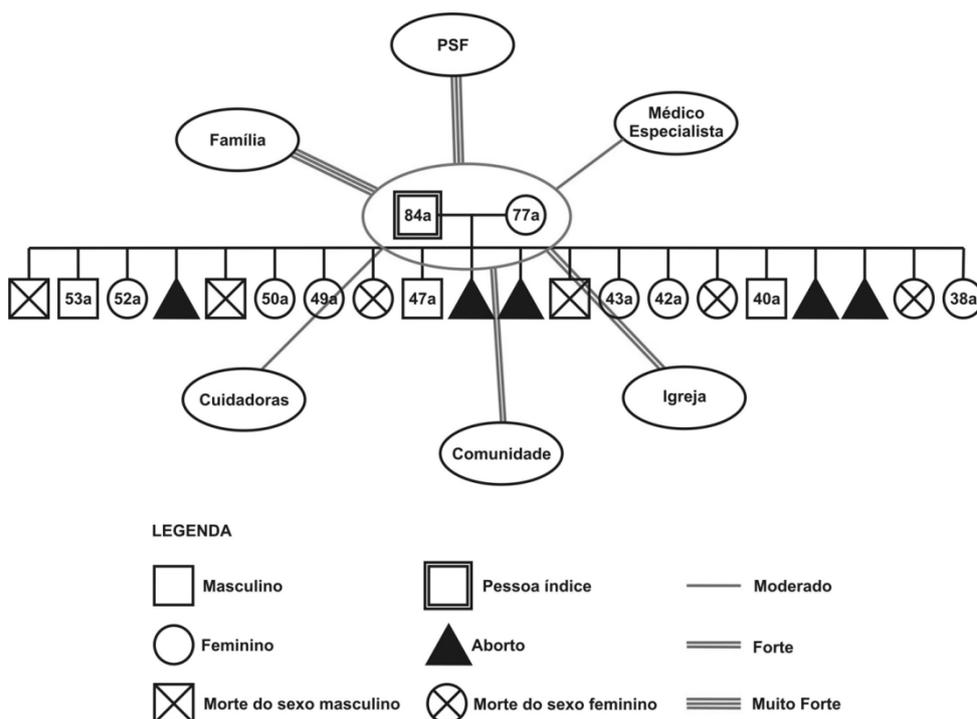


Figura 01: Genograma e Ecomapa Familiar. Fonte: dados do estudo.

Avaliação de desenvolvimento

Para tal, foi utilizada a ferramenta Linha de Vida de Medalie, que possibilitou a identificar de momentos críticos do processo saúde/doença da pessoa índice em questão, como expresso no quadro que segue.

Mês	Problemáticas
Junho 2006	Diagnostico de Hipertensão Arterial Medicamentos: Hidroclorotiazida e Captopril
Março 2008	Pico Hipertensivo- PA: 180x90mmhg Uso irregular de medicação
Outubro 2008	J.G.S se recusa a fazer uso de medicamentos anti-hipertensivos

Janeiro 2009	Permanece sem usar medicamentos anti-hipertensivos
Abril 2009	Consulta médica para revisão de medicação 02 cps de hidroclorotiazida e 01 cp de captopril
Agosto 2009	Aderiu o uso dos medicamentos anti-hipertensivos
Abril 2011	Alimentação desequilibrada Uso incorreto dos medicamentos
Outubro 2011	Surgem sintomas de dor pélvica e desconforto ao urinar Solicitado PSA
Novembro 2011	Apresenta resultado de PSA: 31,995 Encaminhado ao Urologista
Janeiro 2012	Raio-x de coluna evidenciou osteopenia difusa e discreta espondiloartrose
Setembro 2012	Piora dos sintomas com o surgimento de nódulo em região genitália.
Novembro 2012	Indicado uso de sonda vesical de demora.
Janeiro 2013	Ultrassonografia do aparelho urinário indicando hidronefrose e hiperplasia prostática.
Fevereiro 2013	Agendado cirurgia, mas não realizada devido ao estado do paciente.
Março 2013	Dificuldade de deambulação- Parestesia em membros inferiores Avaliação com Fisioterapeuta e Nutricionista Aguarda cirurgia
Abril 2013	Realizada biópsia da próstata
Mai 2013	Realizada cirurgia de próstata para retirada de adenocarcinoma acinar. Não foi possível retirar a lesão. Avaliação com Assistente social e Terapeuta Ocupacional
Junho 2013	Paciente acamado e em uso de Sonda Vesical de Demora. Avaliação com médico.
Julho 2013	Avaliação com Psicóloga.
Agosto 2013	Paciente apresentando edema peniano. Encaminhado para avaliação com especialista.
Setembro 2013	Urologista prescreve Codeína 30 mg.
Novembro 2013	Paciente hipoativo, com déficit nutricional, emocional e de deambulação. Solicitado acompanhamento especial com equipe multiprofissional.

Quadro 01 - Desenvolvimento familiar a partir da Linha da Vida de Medalie. Fonte: dados do estudo.

Avaliação Funcional

Em relação ao Apgar Familiar, verificou-se que a família possui um alto nível de funcionalidade, companheirismo, interatividade e união entre os membros, confirmadas pela satisfação que o idoso demonstra em pertencer ao seio familiar e pelo próprio resultado obtido na escala (9 pontos).

Na dimensão de Adaptação (A = Adaptation) J.G.S. respondeu que SEMPRE (02 pontos) está satisfeito, pois pode recorrer à família em busca de ajuda quando algo o incomoda ou preocupa. Na dimensão de Companheirismo (P = Partnership) respondeu que SEMPRE (02 pontos) fica satisfeito com a maneira pela qual ele e a família conversam e compartilham os problemas. Quanto ao Desenvolvimento (G = Growth) afirmou que SEMPRE (02 pontos) fica satisfeito com a maneira como a família aceita e apoia seus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções. Na dimensão de Afetividade (A = Affection) afirmou que SEMPRE (02 pontos) fica satisfeito com a maneira pela qual a família demonstra afeição e reage às suas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor. E em relação à Capacidade resolutiva (R = Resolve) referiu ALGUMAS VEZES (01 ponto) ficar satisfeito com a maneira pela qual ele e a família compartilham o tempo juntos.

A existência de um doente crônico/paliativo no seio familiar conduz a uma necessidade de reorganização de toda a família, com redefinição de papéis e tarefas, para dar resposta a esta nova realidade. A família sofre alterações a nível físico, psíquico, social e econômico, proporcionando modificações no movimento natural do ciclo de vida familiar (FERREIRA *et. al.*, 2010).

As necessidades da família que cuida de um doente paliativo têm sido alvo de vários estudos, sendo que as principais conclusões apontam para necessidades múltiplas e complexas, na sua grande maioria, fatores de sobrecarga emocional, física, social, espiritual e financeira (FERREIRA *et al.*, 2010).

A sobrecarga do cuidador é definida como uma perturbação resultante do lidar com a dependência física e a incapacidade mental do indivíduo alvo da atenção e dos cuidados. Neste âmbito existem já escalas validadas e para avaliar a sobrecarga do cuidador, nomeadamente “The Zarit Burden Interview” que tem como objetivo identificar os fatores que levam à exaustão do cuidador para, posteriormente, proporcionar respostas adequadas às suas necessidades (SEQUEIRA, 2010).

Nessa pesquisa, a Avaliação de Sobrecarga do Cuidador foi realizada no domicílio da família em estudo, com a esposa de 77 anos, a principal cuidadora de J. G. S. Além da esposa, sua filha de 49 anos também foi colocada como importante cuidadora, tanto pelos relatos dos

familiares como pela frequente procura ao CSF para resoluções de problemas associados à pessoa índice do estudo.

Através da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit, percebeu-se que as cuidadoras estão sobrecarregadas, principalmente em virtude do longo tempo em que essa situação persiste. Porém, ambas afirmam que mesmo estando nessa difícil situação ainda sentem satisfação em cuidar de J.G.S., pois elas constituem seu principal apoio para superar as dificuldades impostas pelo problema de saúde e pela própria vida.

O cuidador principal de um doente crônico deve ser encarado como um parceiro na prestação de cuidados ao utente, mas também como alvo de cuidados. De acordo com os autores, o risco de exaustão diminui se os profissionais de saúde intervierem junto dos cuidadores com respeito, dignidade e cortesia respondendo às necessidades de informação e informando sobre os recursos disponíveis (FERREIRA *et al.*, 2010).

O Processo saúde/doença a partir do Modelo Calgary de Avaliação Familiar

O impacto que a doença causa no ambiente familiar e as formas de enfrentamento são específicas de cada família, que possui crenças, histórias e rotinas próprias. Diante deste contexto optou-se por utilizar o Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF), que possibilita uma visão ampliada da família, incluindo suas relações internas e externas, fortalezas e fragilidades, através de instrumentos como genograma e ecomapa (WRIGHT; LEAHEY, 2012).

A avaliação do genograma e ecomapa permitiu identificar aspectos relevantes quanto à estrutura interna e externa da família, bem como a relação estabelecida entre a família e o meio na qual está inserida.

Com relação à estrutura interna, a esposa de J.G.S. é quem lhe oferta apoio e assistência tendo em vista que somente ela reside no mesmo domicílio que a pessoa índice. Na estrutura externa evidenciou-se o apoio familiar de duas filhas que moram no mesmo bairro da pessoa índice. As mesmas prestam assistência a J. G. S. revezando os turnos diários já que nos outros horários estão envolvidas com suas atividades.

Geralmente, a doença crônica afeta tanto o doente como toda sua família, surgindo desconfortos no seu funcionamento cotidiano. Porém, em alguns casos possibilita, também, uma aproximação entre os membros familiares, promovendo reestruturação de suas relações. Desse modo, a família cria uma nova forma de conviver, adaptando-se a realidade, tornando o doente foco da atenção familiar (RADOVANOVIC; CECILIO; MARCON, 2013).

Ao que diz respeito à relação de J. G. S. com o contexto comunitário, o mesmo mantém forte vínculo com o CSF que lhe oferta os cuidados necessários para a manutenção de seu estado de saúde. Relaciona-se ainda com a vizinhança que se mantém disposta a colaborar quando necessário e tem na religião um suporte para o enfrentamento de situações adversas.

A principal fonte de apoio do doente são seus familiares, mas a rede social, formada por pessoas que podem apoiar o doente, como os amigos e os vizinhos, também é apontada como fundamental e indispensável para superar as dificuldades (DI PRIMIO *et al.*, 2010). A fé ajuda o indivíduo a manter a esperança e a confiar que alguma coisa pode ser feita para ajudá-lo e também constitui um modo de pensar construtivo, é um sentimento de confiança de que acontecerá o que se deseja (TRENTINI; SILVA; VALLEE; HAMMERSCHMIDT, 2005).

De acordo com a Linha da Vida de Medalie identificou-se sinais do surgimento de uma grave patologia na pessoa índice do estudo, o que alterou o curso do desenvolvimento de sua família.

J.G.S. apresenta hipertensão arterial há 09 anos. Porém o mesmo não costumava fazer o uso correto de seus anti-hipertensivos, além de não ter um estilo de vida saudável, com hábitos alimentares insatisfatórios e sedentarismo. Em outubro de 2011, J. G. S. começou a apresentar sintomatologia de problemas relacionados à próstata. Esses sintomas foram se agravando e em novembro de 2012 foi necessário o uso de sonda vesical de demora. Foram solicitados exames específicos e encaminhamentos a especialistas que detectaram hiperplasia prostática. Foi solicitada avaliação mais específica através de uma biópsia que identificou neoplasia prostática, já no ano de 2013, J. G. S. foi encaminhado a um procedimento cirúrgico que, no entanto, não teve êxito em retirar a lesão, já muito comprometida.

Atualmente, a pessoa em estudo encontra-se acamada, em uso de sonda vesical de demora e com grandes dificuldades em comunicar-se, alimentar-se, banhar-se e em realizar demais atividades básicas de vida diária, dependendo, portanto do auxílio de um cuidador. Cuidar de uma pessoa com doença avançada no domicílio causa importantes encargos ao cuidador e sua família, havendo, neste âmbito, vários estudos já realizados que demonstram a sobrecarga do cuidador relativa à prestação de cuidados diários e ininterruptos ao doente (FERREIRA *et al.*, 2010).

A avaliação do Apgar Familiar e da Sobrecarga do cuidador de Zarit permitiram nos aproximar do contexto funcional da família sob a ótica da pessoa que necessita de cuidado, tanto no contexto de vida diária, como nos de relacionamentos, e sob a ótica do cuidador principal.

No prontuário familiar foi enfatizado que J. G. S encontra várias dificuldades para a realização de suas atividades básicas, tais como, alimentação, sono, repouso, higienização, uso da medicação e autocuidado, dependendo totalmente de seus cuidadores para exercer tais atividades. Desta forma, J. G. S. encontra-se bastante vulnerável no que diz respeito às necessidades de saúde.

As crenças, os comportamentos apreendidos e incorporados na convivência social consideram as experiências de vida que o indivíduo e a família vão adquirindo no processo de adoecer e cuidar de si. Partindo desse pressuposto, o enfermeiro precisa conhecer e compreender a família, aceitando suas experiências e mobilizando-a a buscar novos conhecimentos e aprendizagens para a prática do cuidado com o familiar doente, salientando a importância de partir das necessidades e preferências do indivíduo e da família e não do profissional (PIRES; MUSSI, 2008).

Deste modo, cabe ressaltar aos profissionais de saúde a necessidade de estarem cientes de que o cuidado envolve o ser como um todo, incluindo a família e as relações familiares entre seus membros, sendo essencial que o enfermeiro esteja inserido neste contexto familiar, buscando qualificar e humanizar o atendimento prestado a cada família.

O Apgar Familiar evidenciou ainda que J.G.S. encontra-se satisfeito com o relacionamento, apoio e atenção que lhe é oferecido pelos seus familiares ficando a desejar apenas a disponibilidade de tempo para compartilharem momentos juntos, tendo em vista que a maioria de seus filhos reside em comunidades distantes do seu domicílio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação familiar respaldada pelo Modelo Calgary permitiu realizar a análise da família integralmente, levantando os principais aspectos de sua estrutura, desenvolvimento e funcionamento, contemplando assim o objetivo traçado.

Esta avaliação familiar possibilitou conhecer o relacionamento entre os membros familiares, como se dá o processo saúde-doença dentro da família e como acompanhar de forma mais intrínseca situações que possam desestruturá-la, tais como doenças crônicas ou de início súbito.

Sabe-se que um dos grandes potenciais de trabalho no cenário da Estratégia Saúde da Família é a sua capacidade de oferecer suporte e de fortalecer as famílias para lidarem com situações críticas, como o envelhecimento com dependência, de forma a minimizar a sobrecarga e o sofrimento.

A partir da avaliação integral da família, é possível, em parceria com seus integrantes, propor intervenções de ajuda para a melhoria da qualidade de vida familiar, auxiliando-a a vislumbrar suas próprias soluções diante das dificuldades do cotidiano.

Assim, espera-se contribuir para o conhecimento dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família e sensibilização destes para a importância de utilizarem o Modelo Calgary de Avaliação da Família, para subsidiar o planejamento e implementação do cuidado a ser adotado no cotidiano familiar.

O estudo também proporcionou uma reflexão acerca da carência de pesquisas voltadas à temática bem como das possibilidades de desenvolvimento de pesquisas futuras que visem efetivar assistência integral às famílias, buscando atender as necessidades identificadas na perspectiva de melhorar a qualidade de vida de seus membros e promover um ambiente familiar mais saudável.

Como limitações deste estudo evidenciam-se a restrição a um caso único e a não continuidade do acompanhamento familiar devido ao encerramento do estudo, devendo ser dado seguimento para que os resultados sejam efetivos e ampliação para outros casos de acordo com as necessidades e possibilidades da ESF.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

DI PRIMIO, A. O. *et al.*, Rede social e vínculos apoiadores das famílias de crianças com câncer. **Texto & Contexto Enferm.** 2010, v. 19, n. 2, p. 334-42.

DITTERICH, R. G; GABARDO, M. C. L; MOYSÉS, S. J. As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas equipes de Saúde da Família de Curitiba, PR. **Saúde Soc.** 2009, v.18, n.3, p.515-524.

FERREIRA, F. *et al.* Validação da escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliares, para população portuguesa. **Cadernos de Saúde.** 2010, v. 3, n. 2, p. 13-19.

FIGUEIREDO, M. H. J. S; MARTINS, M. M. F. P. S. Dos contextos da prática à (co)construção do modelo de cuidados de enfermagem de família. **Rev. esc. enferm. USP.** Sept 2009, v.43, n.3.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª Edição. São Paulo: Editora Atlas S.A, 2010.

PIRES, C. G. S; MUSSI, F. C. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. **Ciênc. saúde coletiva.** Dec 2008, v. 13, supl. 2, p. 2257-67.

RADOVANOVIC, C. A. T; CECILIO, H. P. M; MARCON, S. S. Avaliação estrutural, desenvolvimental e funcional da família de indivíduos com hipertensão arterial. **Rev Gaúcha Enferm.** 2013, v.34, n.1, p. 45-54.

SCAZUFCA, M. Versão brasileira da Escala Burden Interview para avaliação de sobrecarga em cuidadores de indivíduos com doenças mentais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2002, v. 24, n. 1, p. 12-17.

SEQUEIRA, C.A.C. Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. **Rev. Enferm. Referência.** 2010, série II, n. 12, p. 9-16.

SILVA, A.V; MACHADO, W. V; SILVA, M. A. M. Avaliação da Família de uma Gestante usuária de Crack à Luz do Modelo Calgary. **SANARE**, Sobral. Jan/jun 2011, v.10, n.1, p. 13-19.

SILVA, L. S; BOUSSO, R. S; GALERA, S. A. F. Aplicação do Modelo Calgary para avaliação de famílias de idosos na prática clínica. **Rev. bras. enferm.** Aug 2009, v. 62, n. 4, p. 530-534.

TRENTINI, M. *et al.*, Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** Feb 2005, v. 13, n. 1, p. 38-45.

VERA, I; *et al.*, Índice APGAR de Família na avaliação de relações familiares do idoso: revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2014 jan/mar, v. 16, n.1, p. 199-210.

WRIGHT, L. M; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família.** 5. ed. São Paulo: Medsi, 2012.