

A ENFERMAGEM COM UM NOVO OLHAR... A NECESSIDADE DE ENXERGAR A FAMÍLIA*

A NEW LOOK AT NURSING... THE NEED OF SEEING THE FAMILY

Sonia Silva Marcon¹

Ingrid Elsen²

RESUMO: Trata-se de um ensaio teórico que discorre sobre o objeto de trabalho da enfermagem ante a emergência de um novo paradigma. São tecidas considerações acerca da família enquanto unidade de cuidado da saúde de seus membros e enquanto objeto de cuidado dos profissionais da enfermagem. Contextualiza e instiga os profissionais a refletirem sobre a adequação e necessidade de se eleger a família enquanto objeto da assistência de enfermagem.

PALAVRAS CHAVE: Enfermagem; Família; Assistência de enfermagem.

Nos últimos anos a enfermagem brasileira vem assistindo a uma mudança de paradigma referente à orientação metodológica utilizada no desenvolvimento da pesquisa, o que tem suscitado, por conseguinte, uma mudança também em seu foco de investigação. Tudo isso tem ocorrido paralelamente a uma crescente preocupação com a necessidade de instituir e subsidiar mudanças em sua prática assistencial.

Isto, no entanto, não está acontecendo por acaso na enfermagem brasileira. Trata-se de um efeito "cascata", visto ser fruto de uma tendência mundial, que tem atingido diferentes áreas do conhecimento, em decorrência do descontentamento com a incapacidade do paradigma cartesiano em dar conta de respostas adequadas às questões científicas, filosóficas e sociais. A inexistência, ou pouca inter-relação entre as diferentes áreas do conhecimento existentes neste paradigma (Capra, 1991), por si só, já é capaz de provocar uma distorção na construção do conhecimento e na visão de mundo dos pesquisadores.

Neste paradigma ainda vigente, embora já não exista uma homogeneidade da comunidade científica em torno dele, o processo saúde-doença, por exemplo, é tratado em partes isoladas, enquanto no paradigma emergente ele tende a ser tratado de forma holística. Por conseguinte, a saúde passa a ser considerada como resultante da harmonia entre o meio ambiente, mente e corpo. Este paradigma é constituído por uma visão caracterizada, segundo Capra (1991), por "palavras como orgânica, holística e ecológica".

As implicações dessas mudanças para a área da saúde são evidentes e nelas se incluem não só a visão de mundo, como também a de ser humano e a forma de abordá-las no processo saúde-doença.

A enfermagem, por ter se desenvolvido a partir do modelo biomédico (que tem uma visão centrada no mecanicismo e reducionismo da natureza humana), sempre voltou sua prática prioritariamente para o indivíduo, com enfoque em uma assistência de caráter curativo. Apesar disto, tem demonstrado maior interesse, disposição e, de certa forma, facilidade em incorporar aspectos relacionados à subjetividade do ser humano em sua prática assistencial e no desenvolvimento de um corpo de conhecimento próprio, através do desenvolvimento e utilização de referenciais que possibilitem "ir além do modelo médico" (Paim e Trentini, 1993).

A enfermagem, portanto, começa a aprender, segundo Patrício (1990), que assistir é muito mais do que curar: é cuidar, mesmo que não objetive a cura ou leve a ela. Cuidar para Leininger (1988) é promover, manter, recuperar a saúde ou originar melhores condições de vida através de meios que vão além das necessidades

* Artigo extraído da Tese de Doutorado em Filosofia da Enfermagem "Criar os filhos: experiências de famílias de três gerações" (Marcon, 1998).

¹ Doutora em Filosofia da Enfermagem pela UFSC. Professor Adjunto da Universidade Estadual de Maringá. Coordenadora do NEPAAF (Núcleo de Estudos, Pesquisa, Assistência e Apoio à Família).

² Doutora em Enfermagem. Professor Titular da Universidade Federal de Santa Catarina.

físicas, emocionais e sociais dos indivíduos. Ou seja, existe uma predisposição em reproduzir a visão de mundo compatível com o paradigma emergente e isto levou Capra (1991) a afirmar que “as enfermeiras se colocam na vanguarda do movimento holístico da saúde”.

Ao mesmo tempo que a enfermagem foi se dando conta da impossibilidade de compreender as situações de saúde e doença a partir de um modelo unicausal, ela também foi compreendendo que o comportamento do ser humano, seja em situações de saúde ou de doença, é influenciado pelo contexto cultural, social e histórico, surgindo assim a necessidade de uma aproximação com outras ciências tais como a antropologia, sociologia, psicologia, história, entre outras.

Ante esta perspectiva, a família passou a se constituir em objeto de investigação ao mesmo tempo que passou a ser delineada como objeto de trabalho, e portanto, como objeto da assistência de enfermagem. Ou seja, passou a existir a convicção de que é praticamente impossível assistir o indivíduo (doente ou sadio) de forma completa quando não se considera pelo menos o seu contexto mais próximo, que é a família à qual ele pertence, pois vários estudos têm demonstrado que a família pode ser entendida tanto como fonte de saúde como de doença para seus membros (Bub et al, 1994).

Em assim sendo, já não basta assistir um indivíduo cômico de que este pertence a uma família, mas mister se faz assistir à família. A família portanto, além de ser agente do cuidado de seus membros, também deve ser considerada como objeto de cuidado dos profissionais da enfermagem e assim sendo, como seu objeto de trabalho, já que o cuidado é o próprio trabalho/atividade da enfermagem.

A importância de se inserir a família como objeto de trabalho da enfermagem deve-se ao fato de que esta, segundo Delaney (1986), “serve como zona de impacto e agente neutralizador entre os indivíduos e a sociedade, fornece proteção psicossocial aos seus membros, além de se constituir em um importante veículo de transmissão de cultura, onde se incluem os cuidados com a saúde”.

Elsen e Patrício (1986), por sua vez, consideram que a família é o “agente propulsor de sua própria saúde, visto que a mesma é a primeira responsável pelos cuidados de saúde de seus membros, além de possuir potencialidades que podem ser desenvolvidas para melhor atenderem suas necessidades de saúde”.

Além disso, também é sabido que a saúde dos indivíduos possui estreita ligação com as crenças, valores, relações, deveres e direitos do sistema familiar, pois a cultura, a estrutura social e o ambiente físico influenciam a forma como os indivíduos percebem e vivenciam a saúde e a doença e as necessidades de cuidados, e isto, por sua vez, determina a forma como as famílias cuidam de seus membros.

As famílias, como afirma Leininger (1991), costumam ter significações de saúde e doença e práticas próprias de cuidar, originadas de seu contexto sócio-cultural. Por este motivo, a autora afirma que a enfermeira só poderá desenvolver ações congruentes se interagir com a consciência de que sua cultura pessoal e profissional poderá ser diferente daquela dos indivíduos, famílias e grupos com quem está atuando, e isto, por sua vez, só será possível através do conhecimento da cultura do outro.

Ao analisar a relação entre família e saúde, Maurin, apud Nitschke (1991), afirma que, ao se formar uma nova família, seus membros trazem consigo suas forças biológicas e emocionais, bem como suas vulnerabilidades, seus valores referentes à saúde e seus hábitos de saúde, sendo o estado de saúde de cada família único e distinto. À medida que os conflitos surgem, os membros negociam e barganham, tornando a configuração inicial do estado de saúde mais específica daquela família.

Assim, embora a saúde da família e a de seus membros sejam diferentes, estão interligadas. A situação de saúde/doença de um dos membros afeta a saúde da família. Em seu estudo, Elsen (1984) enfatiza quanto uma hospitalização ou uma doença grave pode alterar a dinâmica familiar, já que os papéis precisam ser redimensionados e o estresse permeia as relações interpessoais, gerando, inclusive, uma situação de crise na unidade familiar.

Além disso, família é, na maioria das vezes, a mais constante unidade de saúde para seus membros. Ao descreverem as abordagens utilizadas na assistência à criança hospitalizada, Elsen e Patrício (1986) afirmam que os simpatizantes da abordagem sócio-cultural acreditam ser a família o núcleo primário onde a criança recebe e aprende os cuidados de promoção à saúde, prevenção de doenças e primeiros atendimentos curativos.

Nas famílias estudadas por Elsen (1984), por exemplo, o cuidado informal, ou seja, aquele prestado pela própria família, envolvia ações de promoção de saúde, de prevenção e tratamento de doenças, incluindo as de reabilitação; e era baseado nos conhecimentos adquiridos a partir de sua cultura e das interações com os

profissionais de saúde. O resultado da experiência vivenciada em cada episódio de doença é acrescentado ao referencial da família, que assim vai se expandindo ao longo de sua trajetória de vida.

Se por um lado é fácil reconhecer que a família constitui uma unidade que presta cuidado, por outro, segundo a autora citada, torna-se difícil concordar em que ela seja sempre eficiente no desempenho deste papel, pois é possível que uma mesma família seja um sistema de saúde mais adequado em certas situações do que em outras, assim como existem famílias que cuidam melhor de seus membros que outras, haja vista os casos de violência doméstica.

De qualquer forma, segundo Elsen (1984), a família já não pode ser vista apenas como aquela que deve cumprir as determinações dos profissionais de saúde. Ao se reconhecer que ela assume a responsabilidade pela saúde de seus membros, cumpre que se reconheça a necessidade de ouvi-la em suas dúvidas, levar em conta sua opinião, e, mais que tudo, incentivar sua participação em todo processo profissional de cuidar/curar, de forma a resultar cada contato com os profissionais de saúde em subsídios utilizados pela família na ampliação de seu referencial sobre o processo de cuidar.

Vários estudos (Bub et al, 1994) têm demonstrado que para assistir a família, necessário se faz conhecer a realidade familiar em toda sua concretude, tornando-se relevantes os estudos com vistas a identificar aspectos da realidade da família brasileira.

O cuidar da família como unidade básica de saúde, portanto, exige conhecer como essa família cuida, identificando suas dificuldades e suas forças. Só assim o profissional, com seu saber técnico, científico e humanístico, pode ajudar a família a agir de forma a atender às necessidades de seus membros.

Sem dúvida, este compartilhar responsabilidades é um caminho difícil para o profissional acostumado a tomar todas as decisões relativas ao processo saúde-doença. Não mais podemos, entretanto, nos esquivar, pois nos dias atuais, os espaços para os profissionais que se acreditam "donos da verdade" estão se tornando cada vez mais reduzidos, pois como mudaram as estruturas e os papéis familiares, também mudaram as exigências por parte daqueles que procuram os serviços de saúde. Para enfrentar os novos desafios impostos pela chamada sociedade moderna, que é tecnologicizada, mas que também busca ser ecológica, exige-se dos profissionais uma diversificação de enfoques teóricos e práticos em todas as áreas do conhecimento humano.

Isto significa que a intervenção deve ser não só no sentido de reconhecer a existência de um sistema profissional e de um sistema popular de saúde, mas também de preservar o cuidado já conhecido pelo cliente, seja acomodando-o ou repadronizando-o (Leininger, 1985). Este tipo de atitude profissional, a de reconhecer e compreender as diferenças culturais possibilita um cuidado congruente com as reais necessidades do indivíduo ou sua família. É que as experiências de vida são vivenciadas de forma diferente pelos indivíduos, o mesmo não se verificando quanto à utilização de um único referencial, o do profissional, formado por seus valores pessoais e profissionais e pautado no modelo biomédico, pois tal modelo privilegia a uniformidade dos valores culturais, os padrões gerais de atendimento à saúde e a universalização de sintomas e patologias.

Para se ter uma idéia da dimensão que a mudança de paradigma provoca na assistência prestada, pode-se focalizar, por exemplo, o ensino das disciplinas de enfermagem materno-infantil ou pediátrica. Tradicionalmente nestas disciplinas os alunos são orientados sobre a necessidade de repassar às mães informações sobre a alimentação da criança (o quê, quando e quanto comer), cuidados na higiene, no repouso, entre outros, ou seja, a grande ênfase é no aspecto biológico da criação. A relação mantida considerava a existência de dois extremos, de um lado o profissional tido como detentor do conhecimento e, de outro, a mãe, que desprovida de conhecimento, deveria cumprir as orientações recebidas. O conhecimento por sua vez, era transferido para o senso comum na forma de orientações rígidas sobre a forma correta de a mãe agir em relação à criança.

A partir da década de 70, particularmente após os estudos de Bowlby (1984) e Spitz (1979), a enfermagem passou a valorizar o vínculo entre pais e filhos como recurso imprescindível ao desenvolvimento sadio da criança. O ensino então, passa a focar a qualidade da relação e a saúde da criança passa a ser entendida a partir de um desenvolvimento saudável, caracterizado pela existência de uma maior interação entre pais e filhos e, também, entre pais e profissionais. Embora isto represente um avanço na forma de assistir a criança, é importante considerar que ela ainda é restrita, à medida que não situa a criança como inserida na família.

Com as mudanças ocorridas na forma de ensinar enfermagem, abrem-se novas perspectivas também para o exercício desta profissão, que passa a valorizar não só a inserção da família como recurso de assistência ao indivíduo, mas também a própria família como objeto de trabalho e de investigação.

Uma análise mais detalhada sobre a produção da enfermagem brasileira em relação ao tema família, demonstra que ela hoje já se encontra numa nova fase. A primeira, com início a partir de meados da década de 80, demonstrava uma preocupação dos profissionais da área em se instrumentalizar para assistir adequadamente a família enquanto unidade de cuidado. Corresponde ao período em que os estudos eram realizados quase que exclusivamente no âmbito acadêmico, ou seja, como dissertação de mestrado ou tese de doutorado, tendo, portanto, algumas características peculiares: tratava-se, na maioria das vezes, do relato da experiência de aplicar um referencial teórico junto a um número limitado de famílias (Marcon, 1997).

Estas experiências foram importantes na medida em que possibilitaram a constatação de alguns fatos, como por exemplo, que existe diferença entre cuidar de um indivíduo que tem/pertence a uma família e cuidar da família propriamente dita, pois para assistir a família a enfermagem precisa conhecer como ela cuida do doente, identificar suas dificuldades e suas forças e desenvolver e utilizar uma metodologia de trabalho específica. Neste caso, a assistência possui características próprias, pois ao cuidar da família o enfermeiro precisa estar atento ao universo das relações familiares e à interação global da família assim como utilizar instrumentos de coleta de dados que possuam caráter mais amplo, a fim de permitir reconhecer as características da família.

No diagnóstico de enfermagem o enfoque é dado às interações intra e interfamiliares, ao funcionamento enquanto unidade, ao processo de decisão e à mobilização de recursos/reservas quando necessário. A assistência por sua vez, tem dado ênfase ao possibilitar à família o máximo de participação.

O domicílio tem-se constituído em espaço apropriado para a assistência profissional à família, pois é neste ambiente que é possível melhor conhecê-la e compreendê-la, assim como suas necessidades de cuidado, uma vez que nele os membros familiares conseguem expressar mais facilmente suas crenças, práticas e valores sobre saúde e doença e até questionar as práticas que nós, profissionais, defendemos.

A assistência à família e, em especial a assistência no domicílio, é permeada por um caráter imprevisível, uma vez que é a situação vivida pela família no hoje e agora que determina a necessidade do cuidado. Isto por sua vez, exige do profissional a utilização de recursos e estratégias adequadas a cada situação, e reatualização e reorganização de seu papel enquanto educador, além de uma constante revisão da própria postura profissional.

Embora prioritariamente de natureza acadêmica, os resultados obtidos nestes estudos se mostraram tão significativos para a atenção à família, que adaptações e novas experiências começaram a ser realizadas nos mais diferentes pontos do país, consolidando uma segunda fase, ou seja, aquela que denota estar havendo uma utilização nos serviços do conhecimento produzido pela academia.

O crescente interesse da enfermagem pelo tema família, fez com que o mesmo, se tornasse uma constante na pesquisa realizada por profissionais desta área. Para se ter uma idéia, em 1997 realizou-se em Valdivia, no Chile, a IV Conferência Internacional de Enfermagem Familiar, na qual foram apresentados 374 trabalhos que tinham a família como temática principal e destes, 127, ou seja 34 %, foram realizados por enfermeiros brasileiros, o que demonstra o grau de preocupação dos mesmos com o tema em questão. Em um estudo dos resumos dos trabalhos apresentados nos Congressos Brasileiros de Enfermagem realizados no período de 1985 a 1996 (Marcon, Carreira & Balan, 1997) identificaram que 4,9% deles estavam relacionados ao tema família, e mais, que o interesse nesta área vem aumentando lenta, porém progressivamente, de modo especial em São Paulo, Rio de Janeiro, Ceará e Santa Catarina. Identificam porém, que pelo menos na amostra estudada, a interdisciplinaridade ainda é uma utopia nos estudos sobre família, uma vez que apenas 5,8% dos trabalhos tiveram como autores, além dos da enfermagem, profissionais de outras áreas.

Apesar de os estudos com família no Brasil serem incipientes, o que se comprova pelo caráter exploratório das pesquisas, o fato de os profissionais de enfermagem estarem desenvolvendo estudos relativos às percepções das famílias representa um avanço. Tal fato demonstra o quanto estes estão conscientes da importância de se valorizar a percepção e a experiência da própria família ao vivenciar determinadas situações relacionadas ao processo de viver/ser/estar saudável e do de adoecer, como estratégia para subsidiar o cuidar/assistir a família. Trata-se de um reconhecimento do papel da família enquanto co-participante do cuidado.

Aliás, a preocupação em assistir a saúde da família hoje, não se configura como exclusiva da enfermagem. As profissões tidas como interventoras, há algum tempo, já vêm se preocupando com o processo de trabalho e com a própria formação e capacitação de seus profissionais no sentido de proporcionar o desenvolvimento e utilização de abordagens mais apropriadas ao universo familiar.

A criação do Programa de Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde representa, por um lado, a preocupação do Estado em voltar suas políticas públicas a este segmento da população e, por outro, o empenho em manter suas políticas sociais voltadas para o desenvolvimento da vida familiar.

Para os que desconhecem, o PSF constitui uma estratégia de ação da equipe de saúde que tem uma proposta substitutiva, ou seja, de reestruturação do modelo de assistência vigente tendo em vista a consolidação de um outro tipo de cuidado à saúde, traduzido por uma maior integração da equipe de saúde com a população. São previstas ações de tratamento e promoção à saúde, através de práticas educativas participativas, inclusive no próprio domicílio das pessoas.

Vale ressaltar que o PSF procura tratar o indivíduo como sujeito integrado em seu entorno e busca a integralidade da assistência, respondendo à demanda espontânea de forma contínua e racionalizada, ao invés de centrar a atuação na doença com ênfase na medicina curativa, como ocorre no modelo atualmente dominante nas práticas de saúde (Levcovitz & Garrido, 1996). Em última instância, pretende a melhoria na qualidade de vida, melhoria esta que só será alcançada se houver um comprometimento real por parte dos envolvidos, seja em relação à prática propriamente dita, seja em relação à avaliação desta prática.

Neste contexto e em pleno funcionamento, em alguns municípios, o PSF poderá constituir, de forma eficaz, a porta de entrada no sistema de saúde, que se pretende, seja eficiente no atendimento das necessidades de saúde da população.

Finalmente, cumpre reconhecer que trabalhar com famílias se mostra hoje aos profissionais das mais diferentes áreas, como a "saída" possível para que melhores resultados a médio e longo prazo sejam alcançados. Aos profissionais da área da saúde portanto, resta o compromisso, ético inclusive, de buscarem atualizar seus conhecimentos e ao mesmo tempo se instrumentalizarem para assistir adequadamente a este "novo" objeto da assistência: a família que necessita de cuidados e ou de instrumentalização necessária para cuidar de seus membros e desta forma alcançar o viver-ser-estar-saudável em um mundo em transformação.

ABSTRACT: This a theoretical essay discussing the object of work of Nursing as it faces the emergence of a new paradigm. We make some considerations about the role of the family as the health care unity of its members and object of care from the nursing professionals. This paper puts in context and instigates the professionals to think about the adequacy and necessity to make the family as the object of assistance of nursing.

KEY WORDS: Nursing; Family; Nursing assistance.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BOLWBY, J. Apego. São Paulo : Martins Fontes, 1984.
2. BUB, L. I. R., et al. Marcos para a prática da enfermagem com famílias. Florianópolis : UFSC, 1994. 195 p.
3. CAPRA, F. O ponto de mutação. 5.ed. São Paulo : Cultrix, 1991.
4. DELANEY, L. Assessment: data collection of the family client. In: GRIFFITH-KENNEY, J. W.; CRISTENSEN, P. J. Nursing process: application of theories, frameworks and models. ST. Louis : C. V. Mosby, 1986. p.87-99.
5. ELSÉN, I. Concepts of health and illness and related behaviour among families living a Brazilian fishing village. San Francisco : UCSF, 1984. 301p. Tese (Doutorado – Ciências de Enfermagem) – University of California.
6. ELSÉN, I.; PATRICIO, Z. M. Assistência à criança hospitalizada: tipos de abordagens e sua implicação para a enfermagem. In: SCHMITZ, E.M.R. A enfermagem em pediatria e puericultura. Rio de Janeiro : Atheneu, 1986. p.169-79.
7. LEININGER, M. Teoria do cuidado transcultural: diversidade e universalidade. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM, 1, 1985, Florianópolis. Anais... Florianópolis : UFSC, 1985. p. 255-276.
8. LEININGER, M. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York: National League for Nursing, 1991.

9. LEVCOVITZ, E. ; GARRIDO, N.G. Saúde da família: a procura de um modelo anunciado. Cadernos de Saúde da Família, Brasília, v.1, n.1, p.3-9, 1996.
10. NITSCHKE, R.G. Nascer em família: uma proposta de assistência de enfermagem para a interação familiar saudável. Florianópolis, 1991. 269p. Dissertação (Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina.
11. MARCON, S. S. Criar os filhos: experiência de famílias de três gerações. Florianópolis, 1998. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina.
12. MARCON, S. S.; CARREIRA, L.; BALAN, M. A. J. Família: produção do conhecimento apresentada nos Congressos Brasileiros de Enfermagem. II Semana Nacional de Saúde do Adulto: a saúde no discurso do adulto e o adulto no discurso da saúde. Curitiba, agosto de 1997. Programas e Resumos, p.18.
13. PAIM, L.; TRENTINI, M. Indo além do modelo médico - uma experiência de ligação teoria-prática na assistência de enfermagem. Texto & Contexto Enf., Florianópolis, v.2, n.1, p.13-32, 1993.
14. PATRÍCIO, Z. M. A prática de cuidar/cuidado à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através de um marco conceitual de enfermagem de enfoque sócio-cultural. Florianópolis, 1990. 282p. Dissertação (Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina.
15. SPITZ, R. A. Doenças de carência afetiva do bebê. São Paulo : Martins Fonte, 1979.