



Abordagem Familiar na Estratégia Saúde da família: um Relato de Caso

Marta Raquel Mendes Vieira, Carla Adriana Souza Araújo, Maria Amanda Alves Ferreira, Magda Mendes Vieira, Carlos Alberto Quintão Rodrigues

Introdução

Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma proposta de atenção à saúde que considera a responsabilização da equipe de saúde pela população adscrita, a participação popular e a existência de parcerias intersetoriais na reorientação da assistência a saúde [1]. Os profissionais de saúde devem estar atentos também à sobrecarga familiar, que pode contribuir com o adoecimento da família como um todo e do cuidador [2]. Nesse sentido, lançar mão de ferramentas de acesso à família pode auxiliar o profissional a conhecê-la. O Fundamental Interpersonal Relations Orientations (FIRO) é utilizado para compreender melhor o funcionamento da família baseado em Orientações Fundamentais nas Relações Interpessoais, aplicáveis em interações na família que podem ser categorizadas nas dimensões inclusão, controle e intimidade [3]. Outra ferramenta utilizada para o acesso à família é o P.R.A.C.T.I.C.E., construída para avaliação do funcionamento das famílias e que tem como foco o problema [4]. Em situações complexas o profissional pode utilizar ainda a conferência familiar [5].

O presente estudo justifica-se na importância do conhecimento da família pelos profissionais que a assistem. Dessa forma, o trabalho tem como objetivo realizar uma avaliação familiar por meio da aplicação das ferramentas de acesso a família FIRO, P.R.A.C.T.I.C.E. e Conferência Familiar, além de estabelecer projeto terapêutico para os pacientes do estudo.

Material e métodos

A. Delineamento do estudo

Estudo de caso com abordagem qualitativa de caráter exploratório.

B. Amostra

Seis membros de uma família foram os sujeitos desse estudo. Dois deles são idosos com limitações visuais e portadores de doenças crônicas. Os outros são: uma filha com transtorno mental, uma filha que não é receptiva aos cuidados da Unidade Básica de Saúde (UBS), um filho que nunca teve contato com a ESF e outro cujo contato aconteceu apenas durante a conferência familiar. A realização do estudo foi através de encontros com a família que faz parte da área de abrangência de uma UBS do tipo ESF localizada no Norte de Minas Gerais de janeiro a junho de 2014.

Ferramentas de acesso à família foram aplicadas: o FIRO, que é baseado em Orientações Fundamentais nas Relações Interpessoais, aplicável em situações de inclusão, que trata de interação dentro da família para sua vinculação e organização [3]; de controle, que diz respeito às interações do exercício de poder dentro da família e intimidade, que são as interações familiares relacionadas às trocas interpessoais e o compartilhamento de sentimentos como frustrações, esperanças e atitudes de aproximação ou de distanciamento entre os familiares [6].

Foi utilizado ainda o P.R.A.C.T.I.C.E., que organiza informações que se obtém com a família, o que facilita sua avaliação, que pode ser relacionada a questões médicas, comportamentais e de relacionamento. Sua utilização deve ser objetiva, com foco no que realmente é necessário, com registro apenas dos itens específicos para o caso como o problema apresentado, papéis dos membros da família, comportamento diante do problema, comunicação dentro da família, o ciclo de vida em que se encontra, história de doença, como são enfrentados o estresse da vida e os recursos utilizados para enfrentar o problema [4]. Por fim, realizou-se a conferência familiar, em que os membros da família podem expressar e compartilhar seus sentimentos para auxiliá-los a encontrar suporte, seja ele na própria equipe de saúde ou em outras instituições de apoio [5]. Ela visa auxiliar na mudança de padrões de interação entre os familiares [7].

C. Critérios de inclusão

Considerou-se critério de inclusão: família com indivíduo dependente, com integrante com doença crônica e com sujeito em sofrimento psíquico.



D. Aspectos éticos

Considerou-se a resolução 466 de 2012 [8]. Os participantes consentiram em participar do estudo por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes com parecer 572.244/2014. Foi garantido sigilo e anonimato das informações.

Resultados e discussão

O FIRO considerou inclusão (estrutura, conectividade e modo de compartilhar), controle (dominante, colaborativo e reativo) e intimidade. Em inclusão, percebe-se na estrutura que praticamente não há diálogo entre os membros que residem na casa. Eles passam muito tempo ociosos, com exceção de dois. Na conectividade nota-se laços afetivos frágeis entre os membros, que organizam-se apenas para prover cuidados à mãe. Em modos de compartilhar percebe-se que a família costuma se reunir, na grande maioria das vezes, para resolução de problemas com relação a saúde da paciente índice. Além disso, apenas um membro não tem relação íntima com a religião.

Na esfera controle observa-se o esposo da paciente índice como dominante, pois ele direciona as conversas e dá a palavra final. O controle reativo é um dos filhos, que às vezes questiona seu pai sobre algumas atitudes. Não há controle colaborativo na família em questão. No tópico intimidade, verificou-se ausência de demonstração de carinho como beijos e abraços entre os familiares.

Foi aplicado também o P.R.A.C.T.I.C.E, que foi analisado em cada componente: o P ou Presenting Problem (Problema apresentado ou razão da entrevista), foi a perda da acuidade visual da pessoa índice, que também é portadora de doenças crônicas (hipertensão, diabetes e doença renal crônica), com consequente dependência dos cuidados de seus familiares. Porém, o que se espera em famílias com doentes crônicos é que estas “têm que ir aumentando sua capacidade de adaptação às novas circunstâncias, em geral a partir de reorganização de papéis e funções e buscando apoio e recursos externos” [9]. Em R ou Roles and Structure (Papéis e estrutura) percebeu-se alteração nos papéis dos membros familiares (filhos e nora) para prover os cuidados necessários aos referidos sujeitos. Há divisão parcial de tarefas, com sobrecarga de uma das filhas, que inclusive tem problema de saúde mental.

Referente a A ou Affect (Afeto) constatou-se a tristeza da paciente índice em relação à perda da acuidade visual, pois perdeu sua autonomia. Ela fala que tem noção do quanto deve ser inoportuno para os outros suas demandas. Foi observado oscilação de emoções: calma, tristeza, raiva e raramente bom-humor. Em relação a C ou Communication (Comunicação) verificou-se dificuldade no diálogo familiar. Alguns assuntos, no lugar de verbalização ocorre a comunicação gestual. Uma das pacientes geralmente não quer dialogar quando a equipe da ESF vai a sua casa. Quanto aos filhos que residem noutros Estados, a comunicação acontece por contato telefônico.

Em T ou Time in the family life cycle (Tempo no ciclo de vida familiar) existem dois ciclos de vida familiar concomitantes: família envelhecendo e família no meio da vida com filhos saindo de casa. No tópico I ou Illness in family past and present (Enfermidade na família no passado e no presente) certificou-se que o esposo da paciente índice é hipertenso e tem transtorno mental, mas não faz uso regular da medicação. Com o desencadeamento do transtorno mental de uma das filhas, a paciente índice foi quem deu maior suporte e a acompanhava para tratamento. Atualmente houve uma inversão, pois a mãe é cuidada por essa filha. Durante o desenvolvimento do trabalho a mãe precisou iniciar o uso de insulina e essa filha foi diagnosticada com diabetes do tipo I.

Quanto a C ou Coping with Stress (Enfrentando o estresse) observou-se divisão de tarefas nos cuidados com a mãe, porém há sobrecarga de trabalho para alguns. Há pouca procura de apoio na comunidade. Não acontecem momentos recreativos, diálogos frequentes e uso de recursos sociais. Em E ou Ecology (Ecologia) ficou evidente que a paciente índice e sua família lançam mão da ESF para os cuidados com a saúde. Eles recebem visitas dos membros da igreja e raramente de amigos. O serviço do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) foi acionado para somar aos cuidados já oferecidos. A ferramenta P.R.A.C.T.I.C.E, que organiza informações obtidas com a família e facilita sua avaliação, e que pode ser relacionada a questões médicas, comportamentais e de relacionamento [4] cumpriu com seu propósito. Constatou-se na sua aplicação, quanto a dinâmica familiar, a dificuldade de lidar com os acometimentos de saúde, além de não haver cuidador definido e da existência na família de membros com sobrecarga de trabalho. Em acréscimo a isso comprovou-se que as relações familiares giram em torno da dependência da paciente índice.

Para somar as demais ferramentas utilizou-se a Conferência Familiar. Ela foi realizada no domicílio da pessoa índice. Num primeiro momento foi realizada uma pré-conferência na qual foi estabelecido horário da realização da conferência e identificados familiares para participarem.

A realização da conferência familiar contou com uma equipe multiprofissional (cirurgiã-dentista, enfermeira, médica e psicóloga). Também estava presente a pessoa índice, seu esposo, quatro filhos e uma nora. Inicialmente aconteceu a apresentação dos participantes. Em seguida, falou-se dos objetivos da realização da conferência e, em seguida, foi feita a



FÓRUM FEPEG

ENSINO • PESQUISA
EXTENSÃO • GESTÃO

UNIVERSIDADE: SABERES E PRÁTICAS INOVADORAS

Trabalhos científicos • Apresentações artísticas
e culturais • Debates • Minicursos e Palestras



24 a 27
setembro

Campus Universitário Professor Darcy Ribeiro

www.fepeg.unimontes.br

exposição do percurso clínico da pessoa índice deixando evidente o agravamento do problema ao longo do tempo, principalmente em função do uso errôneo da medicação. A discussão abordou também as possíveis consequências em caso de não controle correto dos níveis pressóricos e de glicose com uso correto da medicação e alimentação. Enumerou-se os problemas identificados pela equipe de saúde: administração irregular da medicação da pessoa índice, alimentação inadequada, cuidados com higienização, falta de lazer e necessidade de alguém para administrar a insulina na paciente índice e em sua filha. Foi discutido também o fato dessas pacientes se tornarem insulino-dependentes durante o estudo e da sobrecarga de trabalho da filha com problema de saúde mental. Um dos filhos tentou se esquivar da conferência, permanecendo do lado de fora da sala onde ela acontecia. Mas, ele teve uma pequena participação e se comprometeu a tomar medidas necessárias.

Aconteceu um espaço para discussão e apresentação do ponto de vista por parte dos familiares e tomada de decisões. Os filhos levantaram propostas para rearranjo familiar quanto aos cuidados com a mãe. Realizar uma pós conferência é necessário para analisar se a nova dinâmica familiar com redistribuição de tarefas acarretará resolução efetiva dos problemas.

Considerações finais

Foi possível realizar uma avaliação da família por meio da aplicação das ferramentas de abordagem familiar FIRO, P.R.A.C.T.I.C.E e conferência familiar. Isso, junto aos atendimentos de saúde, aos questionários semiestruturados aplicados e a observação da dinâmica familiar foi de grande importância, permitindo um aprofundamento do conhecimento da família como um todo e da dinâmica de funcionamento familiar. Nesse sentido propiciou o levantamento de informações para o estabelecimento do projeto terapêutico para os pacientes do estudo.

Pretende-se tornar a família apta à administração de medicação, continuidade da administração de medicação psiquiátrica injetável na ESF, com acompanhamento de forma biopsicossocial; orientações sobre alimentação saudável; realização de cuidados odontológicos conforme demanda dos pacientes; fortalecer vínculo entre a ESF e os membros da família; identificar demandas de atividades de lazer e possível participação em grupos realizados na ESF e/ou no CRAS.

Referências

- [1] BRASIL. **X Conferência Nacional de Saúde** [relatório final]. 1996. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/10conferencia.pdf>>. Acesso em: 10 mar 2014.
- [2] SILVA L.; BOUSSO R.S.; GALERA S.A.F. Aplicação do Modelo Calgary para avaliação de famílias de idosos na prática clínica. **Rev Bras Enferm.**; v.62, n.4. 2009.
- [3] MOYSÉS S.J., GABARDO M.C.L.; DITTERICH R.G. As Ferramentas de Trabalho com Famílias Utilizadas pelas Equipes de Saúde da Família de Curitiba. **Saúde Soc.**; v.18, n. 3. 2009.
- [4] SILVA J.V.; SANTOS S.M.R. Trabalhando com famílias utilizando ferramentas. **Revista APS.**, v.6, n. 2. 2003.
- [5] LIMA J.C.M.; MORAES G.L.A.; FILHO R.F.A. Relato de Caso: O uso da conferência familiar na resolução de conflitos de uma família com idosa dependente. **Rev Bras Med Fam e Com.**, v.14, n.4. 2008.
- [6] MINAS GERAIS. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde**. Escola de Saúde Pública do estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: ESPMG, 2010. Conteúdo: Oficina 6 Abordagem Familiar. Guia do Tutor/facilitador.
- [7] NETO I.G. A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. **Rev Port Clin Geral.**; v.19. 2003.
- [8] CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução CNS nº 466/2012**. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 02 mar 2014.
- [9] CHAPADEIRO C.A.; ANDRADE H.Y.S.O; ARAÚJO M.R.N. **A família como foco da atenção básica à saúde**. Belo Horizonte. Nescon – UFMG. 2012. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3911.pdf>>. Acesso em: 20 fev 2014.