

Utilização de instrumentos de abordagem familiar para acompanhamento de uma família disfuncional

Use of family approach instruments to accompany a dysfunctional family

DOI:10.34117/bjdv7n5-239

Recebimento dos originais: 07/04/2021

Aceitação para publicação: 12/05/2021

Daniel Gustavo Guedes Pereira de Albuquerque

Especialista em Direito e Processo do Trabalho pela Universidade Potiguar – UNP
Instituição: Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba – FCM/PB
Endereço: Rua Carlos Ulisses de Carvalho, nº 45, Jardim Brisamar, João Pessoa – PB,
CEP: 58033-130
E-mail: danielguedespereira@hotmail.com

Vanessa Souto Maior Porto

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba – FCM/PB
Instituição: Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba – FCM/PB
Endereço: Av. Acre, nº 601, Bairro dos Estados, João Pessoa – PB, CEP: 58030-230
E-mail: vanessasmporto@gmail.com

Laysa de Souza Chaves Deininger

Doutora em Modelos de Decisão e Saúde pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB
Instituição: Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba – FCM/PB
Endereço: Rua Francisco de Assis Frade, nº 173, Manaíra, João Pessoa – PB, CEP:
58038-440
E-mail: layzasousa12@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Apresentar a experiência de acadêmicos de medicina na utilização de instrumentos de abordagem familiar para acompanhamento de uma família disfuncional. **Método:** um estudo descritivo, do tipo relato de experiência. Foram realizadas três visitas domiciliares a família, durante o estágio curricular do módulo de Atenção à Saúde II. **Resultados:** o conhecimento da família, suas relações com outras pessoas e o meio, possibilita um melhor entendimento do contexto no qual o paciente índice está inserido, o que auxiliou no cuidado e na construção de um projeto terapêutico singular. **Conclusão:** visitas domiciliares são de extrema importância na elaboração de um plano de cuidados mais direcionado para o indivíduo e favorece a formação do estudante de medicina.

Palavras-Chave: Família, Instrumentos, Abordagem.

ABSTRACT

Objective: To present the experience of medical students in the use of family approach instruments to accompany a dysfunctional family. **Method:** a descriptive study, an experience report type. Three home visits were made to the family, during the curricular stage of the health care module II. **Results:** the family's knowledge, their relationships with other people and the environment, allows a better understanding of the context in

which the index patient is inserted, which helped in the care and construction of a unique therapeutic project. Conclusion: home visits are extremely important in the development of a care plan that is more targeted at the individual and favors the training of medical students.

Keywords: Family, Instruments, Approach.

1 INTRODUÇÃO

Um dos níveis de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) é a atenção primária, que por estar mais capilarizada e próxima à população relaciona tanto os aspectos técnicos quanto de esferas pessoais que abrangem o indivíduo como um todo, realçando, dessa forma, as relações humanas e um melhor contato entre o paciente e o profissional de saúde. Sendo assim, essa integralidade do cuidado se torna uma prática mais organizada e abrangente, envolvendo vários aspectos biopsicossociais.

Além disso, o conhecimento de outras diversidades e características adquiridas na atenção básica, por meio da convivência e contato mais próximo na relação entre profissional de saúde e paciente permitem o maior crescimento e ampliação do conhecimento, causando o rompimento de uma medicina mais curativista, focado apenas na doença, e conseqüentemente, permitir que o profissional tenha uma melhor capacidade de associar o conhecimento teórico à prática e atuar em intervenções de agravos.¹

Como o principal objetivo da atenção básica é solidificar as relações humanas entre profissional e paciente, na relação médico-paciente deve existir o conhecimento de todo o contexto em que o paciente está inserido, permitindo o desenvolvimento de reflexões e o predomínio do diálogo entre as pessoas envolvidas, não podendo existir um “ser predominante”, mas dois indivíduos dispostos a conhecerem e compartilharem diferentes crenças e visões sobre as diferentes esferas sociais, econômicas e culturais que lhes cercam, principal determinante para o desenvolvimento de uma confiança mútua e melhor adesão ao tratamento.²

Tendo em vista que a aproximação do profissional com o usuário estreita a relação e, assim, favorece a adesão ao tratamento, é de extrema importância o uso de instrumentos na abordagem familiar, tais como o genograma e o ecomapa, utilizados para melhor entendimento e explanação da família, laços afetivos, seus costumes e relações com a sociedade.³

Os instrumentos de abordagem e compreensão familiar evidenciam fatores que envolvem o indivíduo, como as pessoas com quem convive, o espaço no qual vive e

lugares que frequenta, auxiliando no processo do cuidado e sua evolução, o que torna o uso desses instrumentos indispensáveis para uma melhor organização e concordância no processo de tratamento.⁴

O uso de todos os mecanismos citados facilita a aproximação dos profissionais de saúde com os pacientes, além de levá-los a conhecer, na íntegra, todas as necessidades e problemas que lhes cercam individualmente. Além disso, também pode demonstrar todos os riscos que abrangem os territórios - áreas e considerar as melhorias que precisam ser realizadas.

Dessa forma, o presente estudo objetivou apresentar a experiência de acadêmicos de medicina na utilização de instrumentos de abordagem familiar para acompanhamento de uma família disfuncional.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado pelos estudantes do segundo período do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, ao longo do módulo horizontal de Atenção à Saúde II, de agosto a novembro de 2017.

Os alunos foram separados em quatro grupos, em quatro Unidades de Saúde da Família, no Município de João Pessoa/PB. As divisões das equipes aconteceram de forma randomizado, com cerca de oito discentes por equipe, sendo este subdividido em duplas, selecionados pelos professores responsáveis.

Os domicílios visitados foram sugeridos previamente pela equipe de saúde em uma reunião com cada docente responsável pelos grupos. A elegibilidade utilizada para a escolha das famílias foram a insegurança e delicadeza de cenários que necessitariam de uma assistência mais eficaz dos profissionais de saúde, onde alunos pudessem elaborar um plano de cuidados a fim de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos acompanhados.

Foi utilizada como forma de apresentação da dinâmica de cada família a construção do genograma e ecomapa familiar. Os entendimentos teóricos para a composição destas ferramentas de análise familiar foram dadas em sala de aula pelos docentes responsáveis pelo módulo de Atenção em saúde II e os conhecimentos práticos foram formulados junto à família com os dados adquiridos durante as visitas.

O estudo foi separado em três visitas ao território, sendo duas delas às famílias e uma para a exposição do genograma e ecomapa aos professores e profissionais de saúde

da respectiva Unidade de Saúde da Família. Posteriormente ao término das visitas, os alunos esclareciam em diários de campo as experiências vivenciadas; estes deveriam fornecer uma descrição sobre os acontecimentos durante a visita, uma investigação teórica quanto a um tema relevante, sendo importante para o conhecimento da família e uma livre conclusão que apresentasse uma análise crítica do que foi estudado, o que possibilitou a exibição de todas as impressões vivenciadas. Terminado o período letivo, estes deveriam ser apresentados aos professores.

As atividades foram exercidas mediante objetivos que deveriam ser atingidos a cada visita, sendo estes previamente acordados pelos professores do módulo. A primeira visita teve como objetivo o primeiro contato com a família, para iniciar a relação e conhecer todos os seus integrantes. O segundo encontro consistiu na identificação da família quanto ao tipo de família, coleta de dados, funcionalidade e ciclo vital a fim de construir o genograma familiar e ecomapa, mapeamento dos recursos necessários e disponíveis, formulando assim um plano de cuidado. No último dia, houve a apresentação do genograma familiar e ecomapa junto à equipe de saúde de referência.

3 RESULTADOS

Na primeira visita, o grupo foi dividido e acompanhado pela Agente Comunitária de Saúde (ACS) da Unidade de Saúde da Família (USF) e pela professora do módulo até a respectiva residência para conhecer os integrantes e, assim, ter o primeiro contato com a família que seria acompanhada pela respectiva dupla durante todas as visitas domiciliares.

Foi realizado primeiro contato de forma não invasiva com os familiares do grupo, sendo questionados quanto à idade, estado civil, profissão, histórico de patologias presentes ou passadas e a relação da família com a USF. Constatou-se que se trata de uma família formada por quatro pessoas, sendo um casal e dois filhos menores, uma menina e um menino, e que a residência da família fica localizada em uma rua sem calçamento, de terra batida e com esgoto a céu aberto, numa região pouco povoada, localizada numa vila de pescadores, com a presença constante de animais domésticos circulando livremente por todos os ambientes.

Na ocasião da visita, o pai das crianças não se encontrava no local, mas a mãe informou que o filho menor nasceu com uma má formação (lábio leporino) e que este se encontrava aos cuidados da bisavó materna naquele momento, cuja residência se

localizava a poucos metros daquela. Ao chegar no local informado, constatou-se a presença da bisavó da criança, uma senhora aparentemente lúcida, setenta e cinco anos de idade, que informou residir na localidade há sessenta e quatro anos, era viúva há um ano e atualmente morava sozinha, era servidora pública municipal aposentada e teve 13 (treze) filhos, sendo que 4(quatro) morreram logo após o nascimento e dos 9(nove) restantes, 7 (sete) continuam vivos, tendo a senhora confirmado que o menor é seu bisneto pois é neto de uma de suas filhas, que nasceu no dia 21/07/2017 com uma má formação no lábio superior, estando à espera de completar o peso de seis quilos para poder realizar as cirurgias reparadoras. A respectiva senhora informou ainda que era portadora de diabetes, hipertensão, não fazia uso de insulina mas utilizava fármacos para controle destas doenças, como também ia com frequência à unidade de saúde e recebia visitas frequentes do ACS;

O primeiro encontro foi muito importante para o processo de acolhimento, a formação do vínculo com a família visitada e o conhecimento da sua realidade, pois é a partir do saber pelo profissional de saúde sobre o dia a dia dos pacientes e o local onde vivem que se aprende bastante sobre o processo de saúde-doença no meio familiar,⁵ como também ocorre o processo de acolhimento e formação do vínculo entre o paciente e o profissional de saúde, o que faz com que este último se coloque no lugar do outro, tendo uma visão mais global e comunitária da importância dos processos de prevenção e cura, tornando-os mais eficazes ao mesmo tempo em que o profissional de saúde passa a construir valores afetivos e de respeito com a vida alheia.⁶

Já na segunda visita, encontramos o menor em companhia dos seus genitores e a irmã menor e obtivemos a informação prévia por parte da agente comunitária de saúde do território que a criança havia sido socorrida por esta última, no intervalo de tempo entre as duas visitas domiciliares, após ter sofrido um processo de “engasgo”, haja vista ser portador de lábio leporino e não conseguir deglutir de modo satisfatório suas secreções. Foi relatado ainda pela genitora da criança que esta não faz uso de nenhum medicamento, que aquela trabalha como diarista quatro vezes por semana para diversas famílias e a residência onde vivem é própria, sendo vizinhos da sua sogra. Afirmou que não amamentava o filho, que convive com o pai do menor há seis anos e ficou grávida do outro filho aos dezenove anos e que o esposo trabalhava como caseiro num sítio nas proximidades. Obteve-se a informação também que o filho menor era deixado aos

cuidados da bisavó materna constantemente quando os pais saíam para trabalhar, pois não havia onde e com quem deixá-lo nessas ocasiões;

No retorno à unidade de saúde, após o encerramento da visita domiciliar, foi mantido contato com a agente comunitária de saúde responsável pela micro área e domicílio, a qual informou ainda que a criança estava com uma alimentação indevida e higienização precária pelo fato da mãe não estar estimulando a amamentação e o menor ser deixado pela mãe, quando saía para trabalhar, nas mãos de pessoas que não sabiam cuidar dela, fora o fato de que, segundo a profissional de saúde, ocorre o uso de drogas lícitas(álcool) e ilícitas(maconha) por parte do genitor do menor e a prática de violência doméstica contra a genitora deste.

Ao término das visitas domiciliares, pôde-se caracterizar a família na escala de risco familiar como R3, risco máximo, haja vista estar presentes as seguintes sentinelas de risco: deficiência física (3 pontos), drogadição (2 pontos), menor de seis meses (1 ponto) e relação morador/cômodo = 1,33 (3 pontos), totalizando 9 pontos na citada escala, devendo ter prioridade nas visitas domiciliares e investimento por parte da equipe de saúde da família, seguindo-se o que preconiza o princípio da equidade, abarcado pelo SUS.⁷

Sob outro aspecto, a família visitada também é do tipo nuclear ou biparental, uma vez que moram os pais e os filhos, apenas duas gerações, e se encontra na 3ª fase do ciclo de vida de Durvall, ou seja, um casal com filhos pré-escolares cuja filha mais velha está na faixa entre 30 meses e 6 anos de idade.⁸

Sob outro aspecto, observou-se também que a família em comento é disfuncional grave (pontuação < 2) ao se utilizar o critério de APGAR,⁹ que leva em conta o grau de percepção de cada membro da família em relação ao funcionamento desta última e avaliando-se parâmetros como A – participação, P – participação, G – Crescimento (Growth), A – Afeição e R – Resolução, pois há o histórico de abuso de drogas e violência por parte do pai, a recusa da mãe em amamentar o filho e a alimentação deste última de maneira inadequada, além da exploração sentimental e da boa vontade da bisavó materna em realizar tarefas que não eram de sua responsabilidade, devem ter influenciado os integrantes familiares no resultado das suas respostas e a alcançar tal classificação familiar.

A partir das informações colhidas, observou-se a importância da visita domiciliar para o processo de mudança das condições de vida e saúde das populações visitadas,

sendo essencial para alterar padrões nocivos de comportamento e promoção da saúde,¹⁰ pois o filho menor foi escolhido como paciente índice pelos critérios de ser portador de uma patologia, estar submetido a más condições nutricionais e riscos à sua integridade física e psicológica, razão pela qual o plano de cuidado elaborado visou proteger o paciente-índice quando, em um primeiro momento, recomendou aos profissionais de saúde do território realizar visitas ao lar do menor a fim de estimular a mãe deste último no processo de amamentação e orientação quanto à alimentação adequada para o filho, como também procurar uma vaga para o paciente - índice em uma creche municipal quando os pais estivessem trabalhando e orientar o pai da necessidade de tratamento para o vício em drogas e da orientação da mãe quanto às medidas que poderia tomar em caso de novas agressões por parte do marido, evitando-se novos quadros de violência doméstica.

Em relação à construção do genograma, este foi elaborado a partir das informações obtidas junto aos familiares durante as visitas domiciliares, com a agente comunitária de saúde e no prontuário fornecido pela unidade básica de saúde, sendo um instrumento importantíssimo para se ter uma visão completa e dinâmica da família analisada, cujo objetivo é melhorar os padrões de vida e assistência médica e social dos ali representados.

No genograma consta o nome dos integrantes familiares, com a indicação do paciente-índice, sexo, idade e relacionamento civil entre aqueles, bem como a causa e data do óbito, data de nascimento e se são portadores de alguma patologia. É um instrumento bastante útil para que os profissionais de saúde da atenção básica possam traçar melhores estratégias de tratamento levando-se em consideração fatores psicossociais dos usuários ali representados.¹¹

No que diz respeito ao ecomapa, este também é um instrumento essencial para que os profissionais de saúde responsáveis pelo território da UBS possam ter uma visão das complexas relações envolvidas entre os usuários do serviço de saúde e o meio em que vivem, a fim de que possam realizar um melhor planejamento na estratégia saúde de família.¹² A partir da utilização desta ferramenta, incluíram-se oito locais e pessoas que mantêm relações com os integrantes da família, aonde verificou-se que o genitor do paciente - índice possui uma ligação fraca e distante com a UBS e respectivos profissionais de saúde da área em que reside, bem como com seu emprego, mas ao mesmo tempo tem forte ligação com a filha menor do casal. Já a genitora da família mantém forte

relação com a ACS do seu território e profissionais de saúde da USF, mas possui uma ligação pouco compensatória que lhe exige muito esforço com o seu emprego. Por fim, a filha menor do casal possui uma ligação forte com a praça próxima a sua residência e com a escola em que estuda.

Na terceira e última visita à unidade básica de saúde, realizou-se a apresentação do genograma e ecomapa aos profissionais de saúde que trabalhavam na unidade, onde foi relatado toda a situação vivida pela família visitada, dando ênfase aos riscos à saúde vivenciados rotineiramente pelo paciente índice no que se referia à alimentação inadequada e os outros fatores psicossociais envolvidos, como a sua habitação em área de risco, sem saneamento básico, a drogadição paterna e a violência doméstica sofrida pela mãe, fatos estes que deveriam ser objeto de atenção por parte dos profissionais responsáveis pelo território, a fim de que a criança pudesse crescer com saúde e sem sequelas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dessa experiência, pode-se notar que a visita domiciliar é de grande importância na produção de um plano de cuidados voltado para cada família em particular. Além disso, a visita domiciliar é indispensável para melhoria e ampliação dos conhecimentos por parte dos estudantes de medicina, os quais podem expandir seus olhares acerca da realidade que os circundam, e assim, exercer com mais segurança e maestria, no futuro, sua profissão.

O estudo possibilitou a confecção de um genograma, o qual explana os laços familiares existente entre os moradores de cada casa, e do ecomapa, instrumento que explicita a relação que os moradores da comunidade com os diversos meios. Dessa forma, o direcionamento, de forma particular, para cada família possibilita uma melhoria na relação entre profissional e usuário.

REFERÊNCIAS

1. Fávero AG, Schimith MD, Budó MLD, Neves GL, Rosso LF. Atributo do primeiro contato na atenção básica e práticas de cuidado: contribuições para a formação acadêmica do enfermeiro. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2016 [cited 2021 Apr 15] ; 25(3): e4400014. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000300307&lng=en. Epub Aug 18, 2016.
2. Júnior ASM, Brzezinski I. A Teoria do Agir Comunicativo e a Formação Médica: análise crítica das competências curriculares e da relação médico-paciente. EccoS – Rev. Cient. [Internet]. 2018 [cited 2021 Apr 15]; 47: 441-456. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/eccos/article/view/8757/5250>
3. Rocha SMM, Nascimento LC, Lima RAG. Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. Rev Latino-am Enfermagem [internet] 2002[citado 17 de Abril de 2021]; 10(5): 709-14. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692002000500013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
4. Souza IP, Bellato R, Araújo LFS, Almeida KBB. Genograma e ecomapa como ferramentas para compreensão do cuidado familiar no adoecimento crônico de jovem. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2016 [cited 2021 Apr 15] ; 25(4): e1530015. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104
5. Takahashi RF, Oliveira MAC. A visita domiciliária no contexto da saúde da família. In: BRASIL. Ministério da Saúde (Org.). Manual de Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p.43-46.
6. Tavares DMS, Matias TGC, Ferreira PCS, Pegorari MS, Nascimento JS, Paiva MM. Qualidade de vida e autoestima de idosos na comunidade. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2016 Nov[cited 2021 Apr 17]; 21(11): 3557-3564. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016001103557&lng=en.
7. Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 17º de novembro de 2004 [citado 15º de abril de 2021];1(2):19-26. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/104>
8. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS – 4. ed. 4. reimp. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010
9. Sousa FGM, Figueiredo MCAB, Erdmann AL. Instrumentos para avaliação e intervenção na família: um estudo descritivo. Rev Pesq Saúde [internet] 2010

- [citado 17 de Abril de 2021]; 11(1): 60-63. Disponível em: <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/33604/1/artigo%20afiliado%20MCB-28.pdf>
10. Souza CR, Lopes SCF, Barbosa MA. A contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da visita domiciliar. Rev UFG [Internet] 2004 [citado 15 de abril de 2021]; 6 (Nº especial): [cerca de 8 p.] Disponível em: <http://www.proec.ufg.br>
 11. Pereira APS, Teixeira GM, Bressan CAB, Gue Martini J. O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. Rev Bras Enferm [internet] 2009 [citado 17 de Abril de 2021]; 62(3): 407-16. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/12.pdf>
 12. Bousso RS, Angelo M. A enfermagem e o cuidado na saúde da família. In: Ministério da Saúde (BR). Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Manual de Enfermagem. São Paulo: IDS; 2001, p. 18-22.