



Estudo de Família: Experiência Desenvolvida Pela Equipe de Saúde da Família no Município de Montes Claros, Minas Gerais

Luís Gustavo Biondi Soares, Cândida Maria Alves Soares, Eduardo Guedes Gontijo Júnior, Jair Almeida Carneiro, Pedro Henrique Alves Soares, Rafael Santos

Introdução

Tem a família importância incomensurável, pois ela é a célula originária da vida social. A autoridade, a estabilidade e a vida de relações dentro dela constituem os fundamentos da liberdade, da segurança e da fraternidade no conjunto social. A família é a comunidade na qual, desde a infância se podem assimilar os valores morais e é nela que se dá a iniciação para a vida em sociedade [1].

O ponto de partida para o trabalho com família 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 [2].

Conhecer o desenvolvimento da família é útil, pois facilita a previsão e antecipa os desafios que serão enfrentados no estágio de desenvolvimento de uma dada família, e isso permite melhorar o entendimento do contexto dos sintomas e das doenças [3,4,5,6].

O objetivo deste trabalho é descrever a experiência realizada durante uma atividade de extensão aplicando essas ferramentas em uma família acompanhada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), localizada no município de Montes Claros, norte de Minas Gerais (MG).

Material e Métodos

O trabalho tem como base um relato de experiência de uma atividade de extensão com a utilização de ferramentas próprias para a Abordagem Familiar. Esse trabalho dispõe de ferramentas que visam a estreitar as relações entre profissionais e famílias, promovendo a compreensão do funcionamento do indivíduo como um todo, bem como inter-relações familiar e comunitária. Dentre as ferramentas de avaliação usadas na atenção primária, este trabalho dispõe-se de Genograma, Ciclo de vida, F.I.R.O.e P.R.A.C.T.I.C.E.. O núcleo desse estudo foi a ESF em Montes Claros, MG.

Resultados e Discussões

Identificação do paciente índice

M.A.C.D., 57 anos, casada, testemunha de Jeová, trabalha como revendedora de produtos manufaturados (panos, toalhas) – não conseguiu se aposentar, natural da região de Montes Claros, mãe de 4 filhas (sendo 3 casadas e uma solteira – a qual mora com ela). Vive no bairro há vários anos. Todas as informações foram relatadas pela paciente índice e sua filha C.D.C.D., o seu marido V.D. embora presente na casa durante nossas visitas, absteve-se de diálogo.

História do paciente índice

A paciente conta ter se casado com V.D. aos vinte anos, com quem teve suas quatro filhas. Relata também que ele sempre foi trabalhador, fazendo muitos sacrifícios, de maneira árdua para não deixar faltar nada em casa. Mostra ser uma mulher muito forte, conta que já fez diversos serviços, e assim que as filhas alcançaram certa idade, passaram a trabalhar também para ajudar a mãe. Quando uma das filhas, C.R.C.D., ainda residia na casa da família, algumas brigas aconteciam naquele local, principalmente com a matriarca da casa. Eram brigas graves, nas quais as agressões se faziam presentes com certa frequência. Assim que a C.S.C.D. se casou e mudou de lar, não houve mais discussões naquele ambiente. A paciente índice, embora não possa ter um trabalho fixo fora de casa, auxilia sua filha C.D.C.D. (a qual reside com ela) nos serviços domésticos e na revenda de manufaturas. Semanalmente vai às reuniões da igreja, precisando de ajuda para caminhar, pois apresenta obesidade mórbida.

A) Genograma (Figuras 1 e 2)

B) P.R.A.C.T.I.C.E.

Problema: MAC apresenta HAS, DM 2, crises convulsivas, artrose de joelhos, tornozelos e braços, depressão, uremia e proteinúria. VD queixa dor plantar, tabagismo, dislipidemia e nervosismo. CD refere insônia, ansiedade, nódulos tireoidianos. Há ainda outros problemas na família, tais como o vício em entorpecentes do marido de CD.



Papéis e Estrutura: A organização hierárquica da família é atípica: apesar de VD ser o “chefe” representativo da família, as decisões práticas são exercidas por MAC, cabendo a CD e a VD o cumprimento. Não há conflitos importantes dentro dessa estrutura. A autonomia está preservada.

Afeto: Afeto presente, mas reduzido pela individualidade. Frente aos problemas, MAC apresenta apreensão, chegando a deprimir-se. Ela assume ser carente e sensível. VD é pouco emotivo e mais explosivo. Já CD, é tímida e prestativa.

Comunicação: No cotidiano conversam sobre o necessário – inclusive sobre os problemas, de maneira discreta e mínima.

Tempo no Ciclo de Vida Familiar: A família está em transição entre os estágios de casais de meia-idade para casais em fase de envelhecimento.

Experiência de Adoecer: MAC considera alguns de seus problemas de saúde como hereditários. Ademais, ela observa alguns hábitos como o tabagismo, associados indiretamente às doenças.

Enfrentar o Estresse: A paciente índice alega viajar quando possível do ponto de vista financeiro – o que diz gostar muito. Ela afirma que busca sempre valorizar a vida. Outra atitude muito apreciada por ela é conversar com amigos.

Ecologia: MAC frequenta o salão das testemunhas de Jeová constantemente. Quando possível, vai também a casamentos ou festas, mas queixa-se do pouco interesse de VD em fazer atividades novas. Geralmente ela é acompanhada por CD.

F. I. R. O

A paciente índice M.A.C.D. vive com sua filha C.D.C.D. e com seu marido V.D., recebendo, esporadicamente, seus netos para tomar conta em alguns finais de semana, para que sua filha C.S.C.D possa viajar. A principal renda da casa vem do seu marido, o qual trabalha como servente de pedreiro durante o dia e faz alguns “bicos” como segurança durante a noite. Contribuem também para a renda, a filha C.D.C.D. (trabalhando casualmente como babá) e ajudando a mãe na revenda de manufaturados (panos, toalhas, lençóis) e nos serviços domésticos. A mãe é a responsável pela administração da renda na casa (o que nos levou a concluir que ela representa o poder de decisão daquela residência) e relata que, muitas vezes, chega a ser insuficiente para o próprio sustento da família. Suas outras filhas já são casadas e têm suas respectivas casas e empregos, visitando-os pouco frequentemente. Não os ajudam na manutenção das suas despesas. A paciente relata não haver conflito com seus filhos ultimamente, embora houvesse intrigas quando a filha C.S.C.D ainda residia com eles. Destacava também, com frequência, que sua filha C.D.C.D. é sua melhor amiga e que não poderia viver sem ela.

Ciclo de Vida das Famílias

A família se enquadra em transição no interstício dos estágios VII “Famílias de meia idade” para “famílias em processo de envelhecimento”, em virtude de sua organização atual. Assim, as tarefas a serem cumpridas consistem em reinvestir na identidade do casal; desenvolver interesses diferentes; realinhar as relações para incluir netos; planejar o futuro financeiro e aposentadoria; lidar com as incapacidades e a morte da geração com mais idade; prover conforto, saúde e bem estar ao casal, apesar das dificuldades; deslocamento da função de trabalho para aposentados e para semiconfinamento ou recolhimento total; prover moradia e segurança financeira; manter o funcionamento individual e do casal enquanto de adaptam ao processo de envelhecimento; preparação para a própria morte e aceitação da perda do parceiro e/ou filhos e de outros amigos; integridade do ego. A promoção em saúde deve focar-se em encorajamento a fazer planos para aposentadoria, lazer e moradia; discussão de sexualidade e processos ligados ao envelhecimento; exploração do papel de avós; tópicos de saúde na terceira idade; revisar a vida como recurso para a saúde mental; instituição de terapias ocupacionais e lazer; lidar com as perdas (amigos, parentes, cônjuge e outros).

Considerações Finais

O estudo de família permitiu conhecer a família em seu contexto e isso pode ajudar a equipe de saúde da família a criar estratégias para melhor intervir. Para atuar de maneira eficaz na promoção à saúde dentro de uma instituição familiar, é preciso antes entender sua estrutura, funções, desenvolvimento e processo saúde-doença em suas particularidades. Portanto, é preciso conhecê-la holisticamente, compreendendo que o problema de um dos membros acaba inevitavelmente atingindo aos demais, independentemente das proporções. Por isso, torna-se importante integrar as ferramentas de acesso à família durante a prática médica a fim de alcançar êxito na assistência em saúde de qualidade.

REFERÊNCIAS

[1] CATECISMO DA IGREJA CATÓLICA. 3ª. ed. Petrópolis: Vozes; São Paulo: Paulinas, Loyola, Ave-Maria, 1993.

- [2] GOMES, H. S. Educação para família: uma proposta de trabalho preventivo. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 34-9, 1994.
- [3] McWHINNEY, I. R. Manual de medicina familiar. Lisboa: Inforsalus, 1994.
- [4] CARTER, B.; McGOLDRICK, M. As mudanças no ciclo de vida familiar – uma estrutura para a terapia familiar. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- [5] WILSON, L.; BECKER, I. O Genograma. In: WILSON, L. Trabalhando com famílias: livro de trabalho para residentes. Curitiba: SMS, p. 40-2, 1996
- [6] CHAPADEIRO, C. A. A família como foco da atenção primária à saúde/Cibele Alves Chapadeiro, Helga Yuri Silva Okano Andrade e Maria Rizioneide Negreiros de Araújo -Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011.

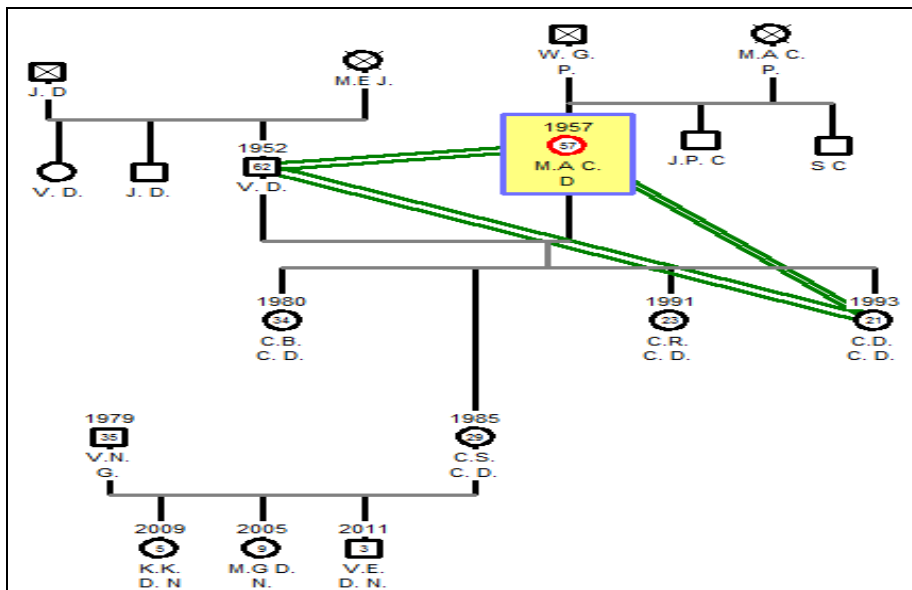


Figura 1- Genograma

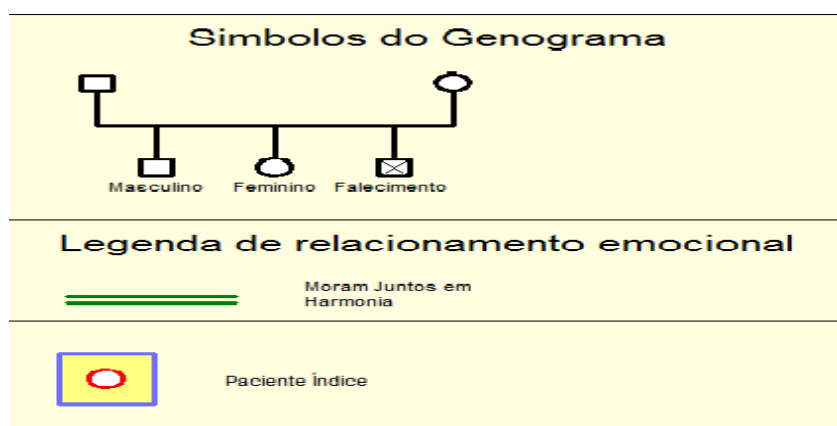


Figura 2- Genograma (Legenda)