

Paiva, Elizana Ribeiro

Cirurgiã-dentista. Especializanda da Residência Multiprofissional em Saúde da Família Universidade Estadual de Montes Claros elizana.odonto@gmail.com

Cruz, Isabela Barbosa

Enfermeira. Especializanda da Residência Multiprofissional em Saúde da Família Universidade Estadual de Montes Claros belabc17@gmail.com

Neto, Alexi Abrahão

Psicólogo. Especializando da Residência Multiprofissional em Saúde da Família Universidade Estadual de Montes Claros Alexiabrahao@gmail.com

Veloso, Jéssica Alkimim Rodrigues

Médica. Especializanda da Residência de Medicina e Comunidade Universidade Estadual de Montes Claros jessicaalkimimr@gmail.com

de Paiva, Keyla Marinho

Cirurgiã-dentista. Especialista em Saúde da Família Universidade Estadual de Montes Claros keylamarinho@hotmail.com

Lacerda, Amanda Mota

Cirurgiã-dentista. Especializanda da Residência Multiprofissional em Saúde da Família Universidade Estadual de Montes Claros amandamlacerda@yahoo.com.br

Araújo, Matheus José Afonso Gonçalves

Enfermeiro. Especializando da Residência Multiprofissional em Saúde da Família Universidade Estadual de Montes Claros matheus.gonenf@gmail.com

Torres, Iasmin de Lima

Enfermeira. Especializanda da Residência Multiprofissional em Saúde da Família Universidade Estadual de Montes Claros iasmimltorres@gmail.com

da Silva, Virginia Braga

Cirurgiã-dentista. Especializanda da Residência Multiprofissional em Saúde da Família Universidade Estadual de Montes Claros vivibraga@gmail.com

Rodrigues, Carlos Alberto Quintão

Mestre em Ciências da Saúde Universidade Estadual de Montes Claros carlos.quintao@unimontes.br

ABORDAGEM FAMILIAR NO CUIDADO PRIMÁRIO A UMA MÃE IDOSA, VIÚVA E CUIDADORA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

RESUMO

Introdução: O intuito da abordagem familiar é compreender as questões relacionadas à saúde da população, que são entendidas conforme as circunstâncias e o seu local de convívio. **Objetivo:** Descrever o processo de experiência na utilização das ferramentas de abordagem familiar aplicadas em uma família que vivencia o adoecimento de um filho sob os cuidados de uma mãe idosa. **Métodos:** É um relato de experiência com abordagem descritiva e qualitativa, desenvolvido na área de abrangência de uma ESF de Montes Claros, a partir de demandas trazidas pela família e identificadas pela equipe por meio de visitas domiciliares. **Resultados:** Devido às demandas de saúde do filho Oto, e sobrecarga como cuidadora e a dificuldade em elaborar o processo de luto que está vivenciando, fez-se necessário a utilização de abordagem familiar como forma de intervenção aos problemas descritos. **Conclusão:** O uso das ferramentas de abordagem familiar fortaleceu o vínculo com a equipe, tornando nítido como o processo de adoecimento e luto são capazes de gerar instabilidade na família. A partir da aplicação destes instrumentos foi possível identificar impactos positivos na superação destes desafios. **Palavras-chave:** Atenção à saúde. Atenção Primária a Saúde. Relações familiares. Saúde do Idoso.

FAMILY APPROACH AS A STRATEGY IN THE PRIMARY CARE OF AN ELDERLY, WIDOW AND CARING MOTHER: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT

Introduction: The purpose of the family approach is to understand the issues related to the population's health, which are understood according to the circumstances and their place of living. **Objective:** To describe the process of experience in the use of family approach tools applied in a family that experiences the illness of a child under the care of an elderly mother. **Methods:** It is an experience report with a descriptive and qualitative approach, developed in the area covered by the ESF, in the Montes Claros, based on demands brought by the family and identified by the team through of home visits. **Results:** Due to the health demands of the Oto child, and the burden as a caregiver and the difficulty in elaborating the grieving process that he is experiencing, it was necessary to use a family approach as a form of intervention to the problems described. **Conclusion:** The use of family approach tools strengthened the bond with the team, making it clear how the illness and mourning process are capable of generating instability in the family. From the application of these instruments, it was possible to identify positive impacts in overcoming these challenges. **Keywords:** Family health. Primary Health Care. Family Relationships. Health of the Elderly.

1. INTRODUÇÃO

Em 1994 foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), uma nova estratégia de reorientação para os serviços de saúde, com ações centradas na promoção da saúde e prevenção a agravos, com o objetivo de substituir, progressivamente, as práticas públicas hospitalocêntricas. Após 12 anos, foi criada a primeira Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), que traz a gênese do termo Estratégia Saúde da Família (ESF) e a consolida como estratégia permanente e contínua (MENDES, 2011).

A ESF é tida como estratégia de reorganização do sistema de atenção à saúde, o que impõe o exercício do cumprimento de diretrizes, dentre as quais destaca-se aquela que determina o cuidado centrado na pessoa (MENDES, 2015). O cuidado centrado no paciente é direcionado às necessidades do indivíduo, considerando-o em sua totalidade e todas as formas de coletividade, como o ambiente familiar e a comunidade que são fundamentais na vida humana (BRASIL, 2017).

Compreende-se como família um arranjo interpessoal de pessoas, que podem habitar ou não o mesmo domicílio e que possuem entre si vinculações, ainda que o entendimento e maneiras como são percebidas atualmente sejam diversos (RODRIGUES *et al*, 2016). Com a abordagem familiar compreende-se o processo de saúde-doença, bem como o enfrentamento de um sofrimento ou enfermidade ao longo de cada ciclo de vida. Configura-se essencial na Atenção Primária, pois possibilita aos profissionais de saúde o planejamento e atuação por meio de intervenções adequadas à realidade da família em

foco. Nesse sentido, torna-se pertinente avaliar os impactos que uma patologia causa no indivíduo, cuidador e na família (LEAL *et al.*, 2018).

Orientado pela conduta da abordagem familiar, uma das metodologias de intervenção é o emprego de ferramentas, tais como o ecomapa, genograma, ciclo de vida familiar, P.R.A.C.T.I.C.E, F.I.R.O. e a conferência familiar. As ferramentas descritas permitem compreender de forma sistematizada a dinâmica da família, as relações entre os seus membros e fatores externos, bem como os padrões estruturais envolvidos (DITTERICH; GABARDO; MOYSÉS, 2009).

A família em questão apresenta desafios a serem discutidos, como o processo de enfrentamento do luto e cuidado continuado, vivenciado como um grande desencadeador no processo de análise do presente trabalho. A dinâmica familiar é modificada em razão do processo de adoecimento de um filho, na idade adulta, que retorna para a casa da mãe idosa e doente para ser cuidado e apresentando incapacidade permanente. A família passa a utilizar assiduamente a ESF e desafia a rede de atenção à saúde por requerer uma atenção multidisciplinar e necessidades intersetoriais.

Nesta perspectiva, o objetivo deste estudo é descrever o processo de experiência de profissionais Residentes em Saúde da Família sobre a utilização das ferramentas de abordagem familiar aplicadas em uma família cadastrada no território adscrito de uma ESF do Norte de Minas Gerais, visando estreitar o vínculo com a equipe, compreender os obstáculos enfrentados pela família e propor intervenções que possam influenciar na sua qualidade de vida.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência com abordagem descritiva e qualitativa, desenvolvido na área de abrangência da ESF Monte CarmeloII, polo dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Medicina e Comunidade do HospitalUniversitário Clemente de Faria (HUCF), vinculado à Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Com a finalidade de aplicar as ferramentas de abordagem familiar, foram realizadas seis visitas domiciliares pela equipe multiprofissional, composta pelos Residentes de enfermagem, medicina,odontologia e psicologia, durante os meses denovembro de 2021 a março de 2022. Para preservar a identidade dos familiares, foram utilizados nomes fictícios.

O estudo da família se deu a partir das demandas geradas após as visitas domiciliares realizadas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS). A paciente índice é uma idosa que teve a dinâmica familiar modificada após o óbito do marido e o adoecimento do filho. A busca

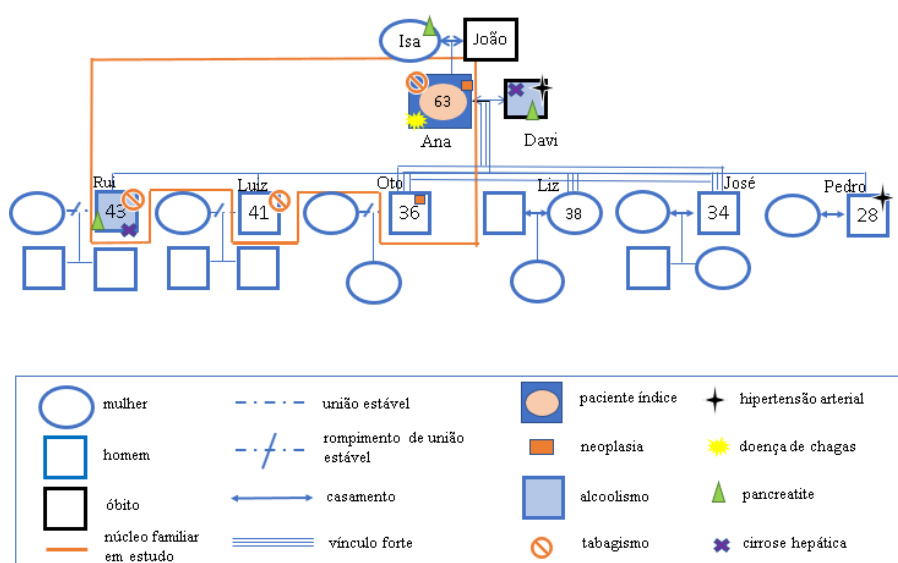
frequente da família pelos serviços de saúde e alta necessidade identificada no domicílio, por meio de visitas domiciliares, motivou a equipe a desenvolver este trabalho.

O atual relato é parte integrante do Projeto de Pesquisa “Abordagem familiar em equipes-polo da residência multiprofissional em saúde da família” e foi desenvolvida conforme ospreceitos éticos aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UNIMONTES sob o parecer consubstanciado Nº 572.244/2014.

3. RELATO DE EXPERIÊNCIA

Na ESF, o genograma é um importante instrumento gráfico de análise qualitativa de promoção e prevenção em saúde, além de viabilizar a identificação dos fatores de risco e agravos, possibilita a construção do plano terapêutico para a família. Ele permite identificar os fatores que interferem no processo de saúde e doença através da história desta família, suas relações de comunicabilidade, afeto e aspectos emocionais (WENDT, CREPALDI, 2007).

Figura 1- Genograma da Família do estudo de caso. ESF Monte Carmelo II, Norte de Minas Gerais. Março de 2022.



Fonte: próprio dos autores

Após a primeira visita domiciliar, foi elaborado o Genograma (Figura 1), pelo qual se reconhece principalmente as condições de saúde e as relações familiares. Expressando, portanto, o diagrama da estrutura familiar.

Na casa, vivem Ana (paciente índice) 63 anos; Rui, 43 anos; Luiz, 41 anos e Oto, 36 anos. Ana é viúva de Davi que faleceu há quatro anos, era hipertenso e etilista crônico e evoluiu para cirrose hepática e insuficiência renal aguda. Ela é filha do casal João (já falecido) e Isa, 84 anos, que reside em outro município e possui o diagnóstico de pancreatite.

A paciente índice é tabagista, chagásica e possui o diagnóstico recente de Lesão Intraepitelial de alto grau (NIC III), alteração evidenciada em exame citopatológico de rotina. Foi submetida a cirurgia de alta frequência (CAF) para retirada da lesão. Atualmente, realiza acompanhamento na ESF, com coleta do exame papanicolau a cada três meses para controle de cura. Quanto à história social, Ana é pensionista e estudou até a quarta série. Além disso, foi possível observar a dependência parcial para as atividades instrumentais da vida diária (AIVD) e independência para as atividades básicas de vida diária (ABVD). Durante o ciclo de vida reprodutivo teve seis gestações e seis partos. Os três filhos que vivem no domicílio com a mãe têm relacionamentos estáveis dissolvidos.

O primogênito é Rui, autônomo, estudou até o primeiro ano do ensino médio, é etilista, diagnosticado com pancreatite e cirrose hepática. Nas primeiras visitas domiciliares, ele não foi encontrado no domicílio durante o estudo porque estava em outra cidade cuidando da avó materna doente. Porém, nas conferências familiares, o

mesmo encontrava-se internado devido a piora no quadro clínico das moléstias atuais.

Luiz trabalha como pedreiro, estudou até a 2ª série do ensino fundamental e, atualmente, encontra-se desempregado e com dificuldades laborais em razão de uma luxação sofrida no ombro, que se desloca frequentemente. Além disso, ele apresenta osteofitose na coluna, que ultimamente o tem incapacitado cada dia mais. Ao ser questionado, Luiz revelou que nunca procurou tratamento médico para tratamento.

Liz, 38 anos, terceira filha, estudou até o segundo grau completo, trabalha em meio expediente como costureira, é casada e possui uma filha, residindo na casa vizinha à mãe. Ela é tida como o braço direito da paciente índice, umavez que exerce um papel fundamental no cuidado com o irmão, Oto, nas demandas externas como consultas e fisioterapia.

Entender a história recente de Ana, é entender a história de Oto, o quarto dos seis filhos, que há cinco anos apresentou um quadro de disartria, desvio de comissura labial à direita, hemiparesia e hemiparestesia à esquerda. Ao procurarem a ESF, o médico solicitou uma tomografia de crânio, em que foi constatada a presença de uma massa encefálica (a esclarecer), e iniciada investigação do quadro clínico por um neurologista. Em 2019, realizou outra tomografia que evidenciou, além da massa cerebral, um quadro de hidrocefalia. O paciente foi encaminhado com urgência para a neurocirurgia, onde foi realizada a exérese da lesão cerebral. Na biópsia foi constatada a presença de um tumor cerebral benigno. Oto ficou com sequelas neurológicas, como disfagia severa, e foi submetido a outra cirurgia, a gastrostomia, para alimentação e uso das medicações orais.

Apresenta, ainda, dificuldade para deambulação, realizou diversas sessões de fisioterapia, contudo, atualmente depende do andador para se locomover.

O quinto filho de Ana, é o José, 34 anos, apresenta ensino médio completo, é pedreiro, casado, vive com sua família na cidade de Montes Claros-MG e também exerce um papel fundamental na família devido aos cuidados com o irmão. O ultimogênito é Pedro, 28 anos, hipertenso e obeso, também é casado e vive em outro estado.

Durante a história da doença de Oto, Ana foi diagnosticada com Lesão Intraepitelial de alto grau (NIC III), após exame preventivo de rastreio na ESF. A paciente jamais havia feito um exame de prevenção de colo de útero e foi convencida pela médica da ESF durante uma consulta de rotina. Ana se recusou a fazer a cirurgia de ressecção da lesão para acompanhar o filho no hospital. O procedimento teve que ser adiado e só foi realizado 12 meses depois. Atualmente ela se encontra em acompanhamento pela ESF e não foi necessário, até o momento, outro tipo de tratamento para a sua doença.

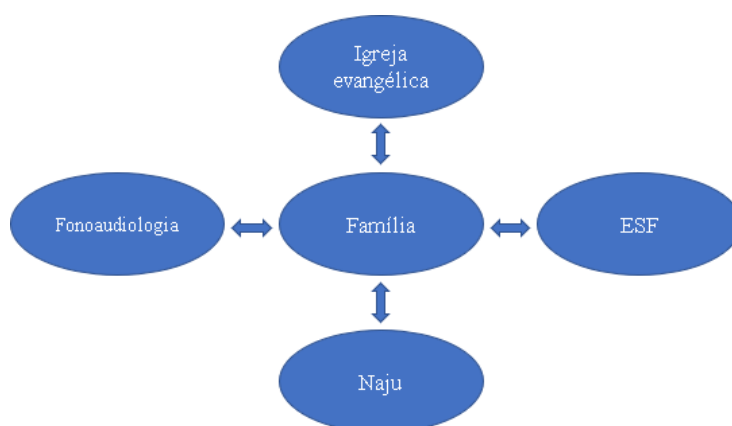
Durante a visita foi observado que Ana é responsável pelos cuidados diários do filho. Ela

se emociona quando fala do processo de adoecimento de Oto e da perda do esposo, ao qual relatou ter sido o responsável por resolver as questões externas ao seu lar e que após o óbito passou a ser a chefe de família.

O Ecomapa complementa o genograma a fim de mostrar a relação entre os membros da família e o meio ao seu redor. Este instrumento também é representado por uma imagem gráfica que pode ser combinada com o genograma (CHAPADEIRO; ANDRADE; ARAÚJO, 2012)

Neste caso, optou-se por abordar as duas ferramentas separadamente. O ecomapa (figura 02) revela que a família em estudo apresenta uma relação muito próxima com a ESF para atendimento de Oto, pois é acompanhado com frequência por meio de visitas domiciliares e a família busca frequentemente o serviço. Ana tem um vínculo fraco com a igreja evangélica. Oto também usa assiduamente o serviço municipal de fonoaudiologia e eventualmente o Mercado Sul onde recebe a fórmula alimentar, uma vez que a sua alimentação é estritamente por via enteral. A família não possui vínculo próximo a vizinhos e amigos, cuja rede de apoio se resume entre os próprios familiares e as instituições citadas.

Figura 2- Ecomapa da Família do estudo de caso. ESF Monte Carmelo II, Norte de Minas Gerais. Março de 2022.



Fonte: próprio dos autores

O P.R.A.C.T.I.C.E foi um instrumento proposto à família para avaliar o seu funcionamento a partir dos problemas e propor soluções após esta análise. O P.R.A.C.T.I.C.E é um acróstico em inglês que apresentam os seguintes significados: P-problem: se refere ao problema apresentado; R-roles: indica os papéis de cada membro da estrutura familiar; A-affect: representa o afeto, como a família o demonstra diante do problema apresentado; C-communication: informa qual o tipo de comunicação dentro da estrutura familiar; T-time

in life: menciona em qual fase do ciclo a família está; I-illness: revela a história da doença na família, considerando o seu passado e presente; C-copingwith stress: indica como os membros da família enfrentam o estresse da vida; E-environment/ecology: demonstra quais os recursos a família possui para enfrentar o problema.(CHAPADEIRO; ANDRADE; ARAÚJO, 2012). Durante a análise da problemática familiar de Ana foi possível identificar que ((Tabela 01):

Tabela 1 – Descrição da aplicação do P.R.A.C.T.I.C.E para a família em estudo, 2021.

P - Problemas Apresentados	Ana é responsável pelos cuidados de Oto e se sente sobrecarregada. Além de Oto, hoje Rui e Luiz voltaram a morar com ela e também apresentam problemas de saúde limitantes. Ana abre mão dos seus próprios cuidados e apresenta sinais de angústia mental ao demonstrar dificuldades em sair de casa.
R - Papéis	Ana é responsável pelos cuidados de vida diária de Oto. Liz e José são responsáveis pelas questões externas do irmão, como consultas e compra de medicamentos. Os outros irmãos, apesar de morarem na casa, pouco ajudam.
A - Afeto	Os filhos que moram na casa são os menos carinhosos com a mãe. Ana demonstra preocupação constante com todos os filhos e abre mão da sua saúde para ajudá-los como pode.
C- Comunicação	Pedro mora em outro estado e apesar de afetuoso não consegue estar presente. Ana diz não gostar de preocupar os filhos e tenta esconder deles qualquer incômodo. Liz é a ponte de comunicação entre os irmãos e a mãe por conseguir compreender e interpretar o que a mãe não consegue dizer.
T - Tempo no ciclo de vida	Estágio VIII - Famílias em envelhecimento
I - Doença na família	A paciente índice se emociona ao falar do processo de adoecimento de Oto. Toda a família se uniu diante dos cuidados de Oto, porém Rui e Luiz se somaram a estes cuidados, por apresentarem comorbidades com sinais de complicações maiores a cada dia. Atualmente, Ana procura lidar com seus próprios problemas de saúde com leveza, em contrapartida os filhos demonstram-se preocupados, uma vez que a mãe não costuma se queixar.
C - Lidando com o estresse	A principal atividade de lazer de Ana é ir à igreja evangélica.
E - Ecologia ou Meio Ambiente	A família tem como principal apoio em saúde a ESF e buscam muito o serviço para conseguir consultas para Oto e Ana. Após ressecção do tumor, Oto realiza acompanhamento regular com diversos profissionais de saúde em diferentes pontos da rede do SUS e depende da ESF para manter essa assistência.

Fonte: próprio dos autores

O F.I.R.O(*Fundamental Interpersonal Relations Orientations*) foi desenvolvido por Schutz e adaptado para estudos e terapia familiar por Doherty e Colengelo, ao qual passou a ser amplamente usado pela ESF no Brasil (FERNANDES; CURRA, 2006). A aplicação desta ferramenta para esta família se torna

importante em razão da mudança de papéis para se adaptarem à doença de Oto que requer cuidados contínuos.

O F.I.R.O avalia as dimensões da inclusão, que analisa o desempenho de cada membro familiar, o papel em cada uma das atividades e o posicionamento dos membros

diante das adversidades (sub categorizada em estrutura, conectividade e modo de compartilhar); o controle, que avalia o exercício do poder dentro da família; a intimidade, revela como a família se une para compartilhar os sentimentos (CHAPADEIRO; ANDRADE; ARAÚJO, 2012).

Ao que se refere à inclusão, o núcleo familiar em que a paciente índice está inserida é mantido financeiramente pela pensão que ela recebe pela morte do marido e o Benefício de Prestação Continuada (BPC) de Oto. A família se organiza de acordo com a disponibilidade de cada membro. Uma vez que Luiz e AS também são doentes e Pedro mora longe, Liz e ES são os que mais apoiam Ana, porém ela ainda é a base familiar em que todos se apoiam, seja na doença ou no fim de um relacionamento.

Quanto ao controle, Ana absorve para si todos os problemas dos filhos, portanto o tipo de controle predominante é o dominante. Porém os filhos também procuram auxiliá-la da melhor forma possível, sendo observado também o controle colaborativo entre os irmãos e a mãe que não se opõe a ajuda dos filhos.

Quanto à intimidade, os filhos que não moram com Ana são os que demonstram ser mais carinhosos com a mãe. Ela atribui este comportamento à distância dos filhos para explicar o porquê dos que residem com ela serem menos afetuosos. A família apresenta grande dificuldade quanto a demonstração de afeto, sendo expressado basicamente com gestos de apoio e poucas palavras.

A família comporta uma trajetória de vida mutável que apresenta mecanismos de adaptação, equilíbrio e desequilíbrio nas diferentes fases de vida dos seus membros. A

cada nova mudança do ciclo de vida há a reorganização das funções de cada indivíduo dentro da família que pode gerar conflitos diante da nova realidade e que podem ser previsíveis. Portanto, conhecer o ciclo de vida familiar setorna importante para identificar os possíveis problemas daquela fase e criar mecanismos de enfrentamento que tornam este processo mais natural (CHAPADEIRO; ANDRADE; ARAÚJO, 2012).

A família de Ana passa pelo processo previsível de envelhecimento. Ela é viúva e pensionista, porém passou pelo processo de regressão no ciclo de vida ao ter que cuidar do filho doente e de dois outros filhos que se encontram desempregados por problemas de saúde.

A conferência familiar possibilita uma abordagem multiprofissional e atua sobre os problemas, propondo soluções que a família não consegue identificar. Permite à família expressar sentimentos e construir caminhos para os seus desafios (LIMA; MORAES; AUGUSTO, 2008).

Foi realizada uma conferência com os membros da família, a exceção de AS que se encontrava internado em razão de uma complicação da pancreatite. Após a análise de todas as ferramentas de abordagem familiar foram propostos acompanhamentos médico e psicológico para Ana, acompanhamento médico das condições de saúde de Rui e Luiz e retomada da fisioterapia de Oto, além de incentivar a família quanto a adoção de hábitos saudáveis e o autocuidado.

A comunicação foi um assunto amplamente abordado, uma vez que se percebe este fator como limitante entre os membros que se fecham diante dos seus problemas para não

preocupar os outros. Gerando condições de sofrimento mental, em particular identificada em alguns membros, como a paciente índice, que acolhe todos os problemas dos filhos, ignorando os seus para poder ajudá-los.

Considerando a importância na divisão de tarefas para melhorar a qualidade de vida da paciente índice, que demonstra cansaço diante da rotina, não foi possível estabelecer maior colaboração entre os membros da casa. Rui e Luiz também são doentes e apresentam limitações físicas importantes. Os filhos que não moram na residência são os que mais podem colaborar, porém também já têm suas famílias e seus trabalhos não podendo fazer mais do que já fazem.

4. DISCUSSÃO

A abordagem familiar proporcionou o fortalecimento e surgimento de vínculos entre a ESF e os membros da família. A utilização de instrumentos para o estudo de família permitiu conhecer os fatores condicionantes e determinantes em saúde que fazem parte do contexto em que os indivíduos estudados estão inseridos. Favorecendo assim o acesso, cuidado integral com os familiares e o reconhecimento dos papéis que cada um exerce (OLIVEIRA *et al.*; 2016).

A paciente índice apresenta mais de 60 anos, entrando no processo de envelhecimento, e além disso, exerce a função de cuidadora e chefe de família. Ela encontra-se sobrecarregada devido a diversos fatores estressores, como o luto e enfrentamento das patologias do filho.

O envelhecer é representado socialmente como sinônimo de perdas e incapacidades, com certas dificuldades de aceitação nesta etapa da

vida. O processo de um envelhecer ativo se constitui como vida plena e com qualidade, um equilíbrio biopsicossocial, ainda sendo capaz de desenvolver as suas potencialidades (OPAS, 2022).

Já o luto não acontece de forma linear, não se define uma data de término, podendo nunca acabar (STEDILE; MARTINI; SCHMID, 2017). A paciente do estudo demonstra vivenciar todo esse processo de perda, relatando a sensação do esposo estar ainda presente. Este processo ocorre como um grande impacto, na fase do envelhecimento, advindos de grandes perdas pessoais e sociais (STEDILE; MARTINI; SCHMID, 2017).

Ao assumir o papel de cuidadora, a paciente índice encontra-se suscetível ao aparecimento de transtornos mentais e à ocorrência do aparecimento de novos problemas de saúde (de SÁ *et al.*; 2016). O predomínio de mulheres enquanto cuidadoras aumenta a cada ano e parte da feminização da velhice como característica do envelhecimento demográfico mundial. Em caso de viuvez, mulheres idosas acabam assumindo a chefia da casa. Isso muitas vezes tem um impacto negativo em sua própria saúde física e status econômico e social (BRASIL, 2019)

Famílias em que coabitam diversas gerações, se ajudam mutuamente. As gerações mais jovens desempregadas acabam vivendo com dependência da renda dos mais velhos (TEIXEIRA; RODRIGUES, 2006). Como podemos observar neste caso, dois dos três filhos que residem com ela, acabam não apresentando uma renda própria e são subsidiados financeiramente pelas rendas da mãe e do irmão

que recebe o Benefício de Prestação Continuada (BPC).

O modo em que a família se adapta ao estresse e distribuem o afeto, simboliza uma imensa satisfação na ligação emocional estabelecida. O desenvolvimento emocional e alcance de maturidade da família ocorre com a proporção do crescimento da comunicação e na resolutividade de problemas (RABELO; NERI, 2015). As relações emocionais, a proximidade afetiva dos membros da família, em questão, e a cooperação, em especial aos cuidados de Oto, amenizam de forma significativa os sintomas emocionais negativos da paciente, oferecendo um certo recurso para lidar com os problemas de saúde mencionados anteriormente.

Dessa forma, a ESF possui a competência da intervenção de problemas como os apresentados neste relato de experiência, respeitando a opinião e limitações dos envolvidos. Estimulando, assim, a autonomia do indivíduo para que este enfrente a situação buscando solucionar as questões que interfiram no arranjo familiar.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do presente estudo, envolvendo a aplicação das ferramentas de abordagem familiar, possibilitou o fortalecimento do vínculo entre a equipe de saúde e a família abordada. Notou-se o quanto é imprescindível conhecer a dinâmica e a complexidade de uma relação interpessoal, os fatores os quais exercem efeitos sobre o equilíbrio familiar, bem como a sua organização. Essa abordagem garante aos profissionais implicados diretamente ao atendimento e assistência uma intervenção mais

objetiva e direcionada às necessidades da família estudada.

Neste trabalho, tornou-se nítido como o processo de adoecimento e luto são capazes de gerar instabilidade na estrutura familiar, promover inversões de papéis e sobrecarregar de forma negativa o indivíduo. Afetando assim, a convivência e os laços afetivos, e influenciando o prognóstico de uma doença.

Após análise e estudo da família de Ana as propostas de intervenção se baseiam principalmente em cuidados de saúde dos indivíduos Rui e Luiz, para que o acompanhamento e tratamento adequados os possibilitem retomar as atividades remuneradas, garantido independência financeira e auxílio nas despesas da casa. À paciente índice, Ana, propomos a avaliação psicológica e médica regulares, a fim de garantir o cuidado necessário para um envelhecer saudável. Além disso, reforçamos o quanto é importante se comunicar com o próximo e o compartilhamento dos afazeres da casa, para não sobrecarregar nenhum envolvido.

A família se mostrou receptiva e interessada nas mudanças apresentadas, cientes de que o processo pode levar tempo, mas trará benefícios a todos.

Em conclusão, o atuar de forma consciente e coerente com a realidade do indivíduo é um dos maiores benefícios do estudo de família. Aos profissionais da atenção primária cabe a promoção de saúde e intervenção, quando necessária. Garantindo, desse modo, um cuidado continuado e eficiente.

REFERÊNCIAS

- 1- BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde do Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada: SAÚDE DA PESSOA IDOSA. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde. 2019.
- 2- BRASIL. Portaria de Consolidação nº 02, Anexo XXII, de 28 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. 2017.
- 3- CHAPADEIRO C.A.; ANDRADE H.Y.S.O; ARAÚJO M.R.N. A família como foco da atenção primária à saúde. Belo Horizonte: NESCON/UFMF; 2012.
- 5- de SÁ, M. A. B.; de ALMEIDA, S. G.; de OLIVEIRA, T. A.; de PAIVA, K. M.; CAMPOLINA, L. R.; LEÃO, C. D. A.; RODRIGUES, C. A. Q. Abordagem familiar na visão de uma equipe multiprofissional: estudo de caso. Revista Unimontes Científica. 2006: 18(2), 120-130.
- 5- 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 São Paulo. 2009: 18(3): 515-524.
- 6- FERNANDES, C.L.C.; CURRA, L.C.D. Ferramentas de Abordagem Familiar. PROMEF. Organização SBMFC, Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora. 2006: p 13-29.
- 7- LEAL, A. P. D. R., TONELLI, B. Q., SANTOS, P., VELOSO, D. C. M. D., GONÇALVES, D. P., LEÃO, C. D. A., & TONELLI, S. Q. Ferramentas de abordagem familiar: um estudo de caso no contexto da estratégia saúde da família. Revista Unimontes Científica. 2018: 20(1), 23-39.
- 8- LIMA, J. C. M.; MORAES, G. L. A. de; AUGUSTO FILHO, R. F. O uso da conferência familiar na resolução de conflitos de uma família com idosa dependente. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Rio de Janeiro. 2008: v. 4, n. 14, p. 129–134.
- 9- MENDES, E. G. A Construção Social Da Atenção Primária À Saúde. Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. 2015.
- 10- MENDES, E. G. As redes de atenção à saúde. Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2011.
- 11- OLIVEIRA, J. B.A. L, COSTA, R. G. O processo de luto no idoso pela morte de cônjuge e filho. Psicologia em Estudo. 2008, v. 13, n. 2.
- 12- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Older Persons: A Human Rights-based Approach. 2022.
- 13- RABELO, D.F.; NERI, A. L. Arranjos domiciliares, condições de saúde física e psicológica dos idosos e sua satisfação com as relações familiares. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [online]. 2015: v. 18, n. 3.
- 14- RODRIGUES, Q. F; OLIVEIRA, T.A.; SILVEIRA, R. OLIVEIRA, R.F.R; MARINHO K.P.; CAMPOLINA, L.R. Abordagem familiar na estratégia Saúde da Família utilizando as ferramentas de acesso no cuidado em saúde mental. Rev. Unimontes Científica. Montes Claros, 2016: 18(2):109-119.
- 15- STEDILE, T.; MARTINI, M.I.G.; SCHMIDT, B. Mulheres idosas e sua experiência após a viuvez. Pesqui. prá. psicossociais. São João del-Rei. 2017: v. 12, n. 2, p. 327-343.
- 16- TEIXEIRA, S. M.; RODRIGUES, V. S. Modelos de família entre idosos: famílias restritas ou extensas? Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2009, v. 12, n. 2, p. 239-253.
- 17- WENDT, N. C.; CREPALDI, M. A. A utilização do Genograma como instrumento de coleta de dados na pesquisa qualitativa. Psicologia: Reflexão e Crítica. 2008, v. 21, n. 2, p. 302-310.