

A família como centro do cuidado

The family care center

El centro de atención de la familia

Renê Ferreira da Silva Junior *, Audrey Juliana de Araújo, Aline Soares Figueiredo Santos, Janette Caldeira Fonseca, Julimary Larissa Mendes Ottoni, Andra Aparecida Dionízio Barbosa.

RESUMO

Objetivou-se com o presente estudo relatar a experiência de cuidado a uma família, por meio da aplicação de ferramentas de abordagem familiar. Foi realizado um estudo de caso por profissionais residentes em saúde da família em uma Estratégia Saúde da Família, localizada no município de Montes Claros-MG, no período de 2015/2016. Foram aplicadas as ferramentas de abordagem familiar; Genograma, F.I.R.O. P.R.A.C.T.I.C.E e Ciclo de Vida Familiar. Para a elaboração do Genograma e Ecomapa foi utilizado o programa *GenoPro* 2016 para *Windows*. Para essa família a definição de papéis e de organização de estrutura familiar por meio das ferramentas de abordagem familiar representaramo fortalecimento dos seus membros.

Palavras-chaves: Relações Profissional-Família. Relações Familiares. Estratégia Saúde da Família.

Abstract

Trying to understand family relationships and interference of each member in the family organization, we conducted a case study by resident professionals in family health in a Family Health Strategy, located in Claros-MG Montes municipality, in the second half of 2015 and the first half of 2016 the family approach tools were applied; Genogram, F.I.R.O. P.R.A.C.T.I.C.E and Family Life Cycle, for the preparation of Genogram and ecomap was used *GenoPro* 2016 to *Windows* program. Understand the relationship of the subject in question inserted in family dynamics and thus how this interaction interferes with their illness and strengthening, that is, in its health-disease process and other family members.

Key-words: Professional-Family Relations. Family relationships. Health Strategy.

Resumen

El objetivo de este estudio informe la experiencia de la atención a una familia, a través de la aplicación de herramientas de acercamiento familiar, un estudio de caso se llevó a cabo por profesionales que residen en salud de la familia en la estrategia de salud de la familia, en el municipio de Montes Claros-MG, en la segunda mitad y primera mitad del 2015 al 2016. Fueron aplicadas las herramientas del enfoque familiar; Ciclo de vida de genograma, P.R.A.C.T.I.C. y F.I.R.O. y familia. Para la preparación del Genograma y Ecomapa utilizó el programa *GenoPro* 2016 para *Windows*. Para esta familia la definición de roles y la organización de la estructura familiar a través de las herramientas de enfoque familiar representaron para el fortalecimiento de sus miembros.

Palabras clave: Familia profesional de las relaciones. Relaciones familiares. La estrategia de salud de la familia.

Universidade Estadual de Montes Claros. End: Campus Universitário Professor Darcy Ribeiro - Vila Mauricéia - Montes Claros – MG. * E-mail: renejunior_deny@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) é o principal mecanismo de reorganização da Atenção Primária à Saúde no Brasil, cujos preceitos são elencados a partir de conceitos, tais como; comunidade e família, objetivando ampliação do processo de saúde e doença e a construção de serviços que não se baseiam em aspectos somente curativos (DITTERICH; GABARDO; MOYSÉS, 2009).

Tendo em vista estes pressupostos, pode-se compreender que a intervenção na família se dá como forma de integração e de dinamização das diversas políticas sociais, dentre estas políticas; a ESF a qual paulatinamente foi inserida no contexto da atenção primária à saúde (VECCHIA, 2012).

A família, representada como unidade, é caracterizada pelas interações estabelecidas pelos seus membros, em organização, estrutura e funcionalidade peculiares, em resposta à sua complexidade e diversas facetas, significando mais que consanguinidade e afetividade (MARTINS; FERNANDES; GONÇALVES, 2012).

Ainda que a família sofra processos de transformação e organização, ela é encarada, sobretudo, como cuidadora dos indivíduos que a compõe, em situações de bem-estar biológico ou não e o papel que a família assume tem sido associado à melhores resultados quando se diz respeito a adoecimento de algum membro quando essa família é incluída nesse processo, considerando sua contribuição relevante para promoção de saúde (SUARCINI *et al.*, 2011).

Assim, torna-se pertinente, no lócus da atenção primária, serviços assistenciais que atuem sobre os determinantes do processo de saúde-doença a partir da utilização de ferramentas que possibilitem um olhar ampliado da composição, do funcionamento e das estruturas familiares, tais como agravos de saúde, situações de risco e padrões de vulnerabilidade, considerando as especificidades de cada grupo familiar no planejamento das ações de cuidado à saúde; levando a equipe da saúde da família a tornar-se mais sensível às demandas trazidas pelas famílias (BRASIL, 2013).

São conhecidas muitas ferramentas de abordagem familiar que são utilizadas pelos profissionais que compõe a equipe da Estratégia Saúde da Família, dentre elas, cita-se o ecomapa, ciclo de vida da família, genograma, conferência familiar, F.I.R.O e P.R.A.C.T.I.C.E que são as mais conhecidas (DITTERICH; GABARDO; MOYSÉS, 2009). Nesse sentido, objetivou-se com o presente estudo relatar a experiência de cuidado a uma família, por meio da aplicação de ferramentas de abordagem familiar.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa, realizado na área de abrangência de uma Estratégia Saúde da Família localizada em um município do Norte de Minas Gerais/MG, com uma família. Os dados foram produzidos por meio de entrevistas individuais com roteiros abertos; em seguida, os dados foram transcritos na íntegra, e analisados a partir da literatura pertinente, o estudo faz parte do trabalho de estudo de famílias da residência multiprofissional em saúde da família da Universidade Estadual de Montes Claros.

Tal trabalho surgiu por uma demanda de uma paciente cadastrada na ESF. Dona Ana compareceu à ESF para atendimento médico, com queixa de mialgia intensa e artralgia, diagnosticada previamente com quadro de fibromialgia, apresentando-se extremamente chorosa nos contatos. A profissional médica da equipe que a acolheu inicialmente referenciou a paciente para atendimento psicológico; além de prescrever psicofármaco.

A agente comunitária de saúde (ACS) responsável pelo acompanhamento de Dona Ana, relatou ao enfermeiro e à psicóloga durante a oficina em saúde mental a solicitação constante de ajuda por parte da paciente.

Em consonância, com o projeto político pedagógico, da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual de Montes Claros, o atendimento psicológico de Dona Ana, foi viabilizado por meio da tecnologia de cuidado conhecida como matriciamento; definida como um novo modo de produção em saúde, sendo o trabalho desenvolvido por duas ou mais equipes, em um processo pedagógico-terapêutico (BRASIL, 2011). Utilizou-se também as tecnologia leves (MEHRY; ONOCKO, 1997); interconsulta, consulta conjunta e a visita domiciliar conjunta propostas dos matriciamento (BRASIL, 2011).

A partir das necessidades apresentadas pela paciente; em relação ao cuidado ao filho e neta, o uso de drogas lícitas e ilícitas pelo filho, os conflitos familiares constantes, a adesão terapêutica e a rede de apoio social prejudicadas; e a vulnerabilidade social, a equipe multiprofissional iniciou seu trabalho junto à família.

Nesse sentido, durante o segundo semestre de 2015 e primeiro semestre de 2016, foram realizadas visitas domiciliares conjuntas, com psicóloga, enfermeiro e ACS da equipe, em que foram realizadas avaliações clínicas dos membros da família e viabilização de entrevistas semi-estruturadas, fundamentadas pelas ferramentas Genograma, F.I.R.O., P.R.A.C.T.I.C.E. e Ciclo de Vida Familiar. Tendo em vista que tais ferramentas possibilitam aos profissionais o conhecimento da dinâmica familiar, sua organização, ajustes, interferências, dentre outros; por conseguinte, permitem aos profissionais, traçar suas condutas de maneira singular a família, dessa forma resolutivas (BRASIL, 2013).

Os pacientes foram representados por nomes fictícios, atribuídos pelos pesquisadores, garantindo assim, o anonimato dos indivíduos, assegurando-lhes o sigilo de suas identidades. O desenvolvimento do estudo respeitou as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, Resolução 466/2012, sendo o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, sob o parecer substanciado nº 572.244/14. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, a garantia do sigilo e anonimato dos diálogos (BRASIL, 2012).

RESULTADOS

Genograma

O genograma familiar pode ser descrito como a ferramenta de cuidado a família mais relevante. O profissional faz a avaliação da estrutura familiar com minimamente três gerações, utilizando-se de símbolos e regras peculiares, definindo também os dados demográficos, processo saúde-doença e as interações existentes entre os membros que compõe aquela família, pode-se assim dizer que é uma ferramenta impar na assistência (REBELO, 2007).

Define-se como um instrumento de avaliação da família que é um sistema de coleta e registro de dados que compõe a história biomédica e psicossocial dos membros da família (REBELO, 2007). É indispensável para prática do profissional que lida com famílias, pois possibilita descrever e enxergar como uma família funciona e como seus membros se relacionam; faz uso símbolos gráficos universalmente padronizados, o que facilita seu entendimento por qualquer profissional de saúde familiarizado com o sistema (BRASIL, 2011).

Nesse contexto, a partir da aplicação do Genograma (figura 1), identificaram-se doenças frequentes no grupo familiar, as relações familiares, estratégias para enfrentamento de situações que geram estresse na família e mudanças no ciclo de vida.

Na residência vivem Dona Ana (paciente índice), Paulo (filho mais velho), Jéssica (neto) e Arthur (neto). Dona Ana, segunda filha do casal Seu Pedro e Maria (já falecidos), paciente índice, 64 anos, divorciada de Senhor Joaquim (etilista pesado), aposentada, tabagista, estudou até a sétima série, possui dois filhos e seis netos, hipertensa de longa data e de difícil manejo, depressiva, faz uso de Sertralina, quadro câncer do colo do útero já curado (histerectomia total) e fibromialgia; não faz uso correto da

medicação, devido a esquecimento, “ando com a cabeça ruim” e falta nas consultas de saúde mental, sente-se “pressionada e sobrecarregada”.

Durante os contatos com a paciente, a mesma sempre queixa-se da relação conflituosa com o filho, netos e nora, chora bastante, devido ao uso abusivo de álcool e drogas ilícitas pelo filho mais velho (Paulo) e neto (Rafael), relata os furtos frequentes de Paulo na sua residência e as agressões físicas dos traficantes do bairro e da polícia por ele sofridas. Relata também as agressões por ela sofridas deferidas por Paulo e Helena (nora), possui marcas físicas de agressão, afirma também desconfiança referente a um suposto abuso sexual sofrido pela neta quando a mesma morava com a mãe e o padrasto em outro bairro; relata que a neta é muito “assanhada para o lado de homem”, mantém pouco contato com a filha mais nova; sente-se desamparada pela família e afirma que os vizinhos só falam mal dela e do filho, embora tenha alguns vizinhos como amigos. No espaço de sua moradia há muitos cachorros, e a higiene é precária.

Paulo possui três filhos com Helena, rompeu o relacionamento há um ano e meio, realiza pequenos trabalhos na comunidade para fazer uso de crack, tem 40 anos, foi diagnosticado com Doença de *Crohn*, é internado frequente por complicações da doença, faz uso abusivo de álcool etílico e destilados, é dependente químico desde os 17 anos de idade, faz uso de maconha, crack e cocaína, fazia tratamento para dependência química no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outra Drogas (CAPS-AD), visitando esta instituição com pouca frequência, pois relata que lá há outros pacientes que querem “pegar ele”. O mesmo tem prescrição médica de topiramato, que não faz uso, Dona Ana, diz que quer dissolver o medicamento na comida. Durante os contatos com os profissionais, apresenta-se calado, balbucia poucas palavras, acenando em positivo com a cabeça, suas vestes são limpas, e sua higiene pessoal é preservada, desnutrido, hipocorado, tem marcas na face de agressão ocorrida há dois dias, relata o desejo em “parar”.

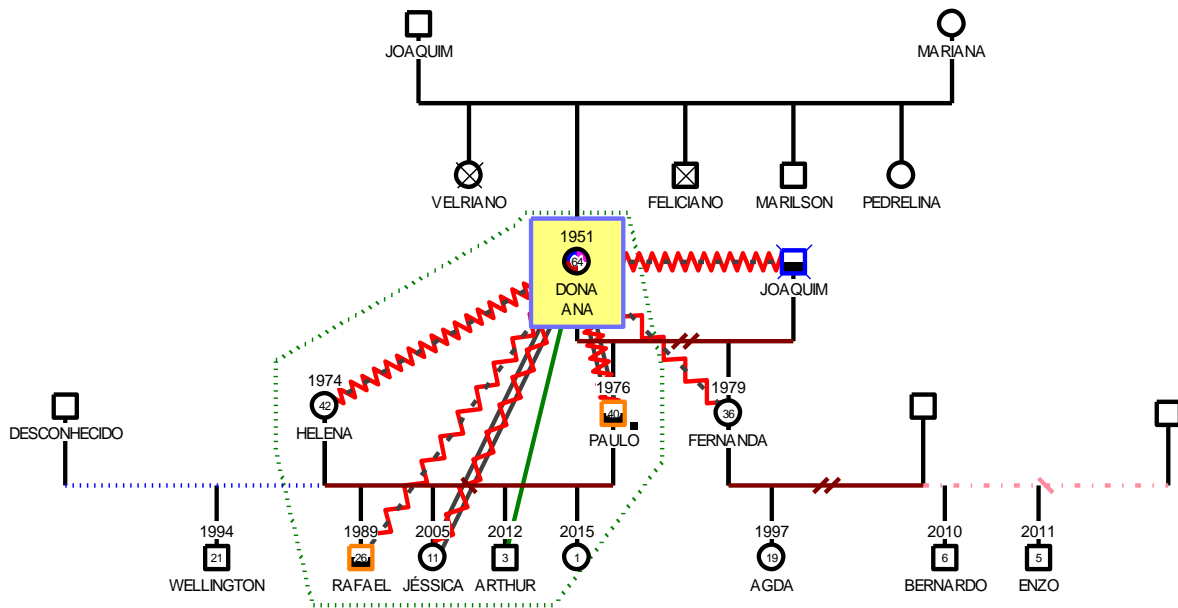
Helena, ex-companheira de Paulo tem 42 anos, possui cinco filhos, três deles com Carlos, há desconfiança em relação à paternidade de sua última filha, usuária de álcool, não exerce atividade remunerada atualmente, último filho está com 10 meses de vida, no momento está gestante e reside em Pirapora, faz visitas frequentes à casa de Dona Ana.

Jéssica estuda durante a manhã em uma escola estadual, está no quinto ano, possui 11 anos de idade, gosta de estudar e brincar com as amigas. Nas consultas, Jéssica reclama da forma que avó a trata, afirma que a mesma expõe a todo momento sua vida para todos, queixa-se também da professora, afirma que a professora implica com ela; afirma não gostar da mãe, diz que a mesma “não liga” para ela, pois a abandonou e foi morar com um outro “cara”; fala muito em meninos, em experiências afetivas.

Jéssica, ora dorme na casa da avó, ora na casa do irmão mais velho; relata um grande carinho pelo pai, Carlos, pois o mesmo sempre a protege e os irmãos, Jéssica em alguns momentos nas consultas, afirma a gratidão pela avó, já no espaço familiar apresenta-se muito agressiva e diz que não quer acompanhamento, pois, “nada vai me fazer esquecer, nada vai fazer sair da minha cabeça”; diz Jéssica. A mesma não vai às consultas de saúde mental agendadas, os contatos com Jéssica são em visitas domiciliares e no território, quando os profissionais visitam outros pacientes.

Fernanda, filha de Dona Ana, possui três filhos, tem 37 anos de idade, mora no mesmo bairro que a mãe, é solteira, trabalha em horário comercial e visita a mãe com pouca frequência. Rafael, neto mais velho de Carlos, 16 anos, é dependente químico e está sempre envolvido em conflitos com traficantes e com o pai, reside na “boca de fumo”. Wellington, 22 anos, filho da Helena, mora na mesma rua que Dona Ana, trabalha em horário comercial e estuda no período noturno, de modo que não são possíveis contatos diretos com o mesmo. Arthur tem quatro anos, mora com Dona Ana, o qual foi deixado com sua avó por sua mãe, pelo fator de não ter condições financeiras de criar o mesmo.

Dados importantes foram coletados, tais como: o uso de álcool etílico e a dependência química presente em gerações na família, as relações conflituosas entre Dona Ana e o filho mais velho, nora e netos, a situação de vulnerabilidade social e de higiene básica em que se encontra a família dentre outros.



○	MULHER
□	HOMEM
~~~~~	DISTANTE/HOSTIL
~~~~~	DISTANTE/VIOLENTO
————	NORMAL
~~~~~	PRÓXIMO/HOSTIL
■	ABUSO DE ALCOOL/DROGAS
■	CÂNCER
●	HIPERTENSÃO/DIABETES

○	PACIENTE ÍNDICE
□	ABUSO DE DROGAS
□	ALCOOLISMO
⬡	CÍRCULO FAMILIAR ESTUDADO
⊠	FALECIDO
---	CASO DE AMOR SEPARADOS
—/—	DIVORCIADO
---	RELAÇÃO CASUAL (CURTO TEMPO)

Figura 1: Genograma da Família. Montes Claros, 2016.

### Ecomapa

O ecomapa é uma ferramenta de grande utilidade para avaliação das relações familiares e seu entorno (AGOSTINHO, 2007; MELLO *et al.*, 2005). Tal ferramenta complementa o genograma, já que representa a rede social da família e o envolvimento da mesma com o meio externo, ou seja, sua rede de apoio social (CHAPADEIRO; ANDRADE; ARAÚJO, 2012).

A família em estudo possui relação com a rede de apoio social prejudicado, com vínculos superficiais, sendo eles: vizinhos, igreja, CAPS-AD e ESF, reitera-se que a relação com a equipe de saúde é proximidade, conforme figura 2.

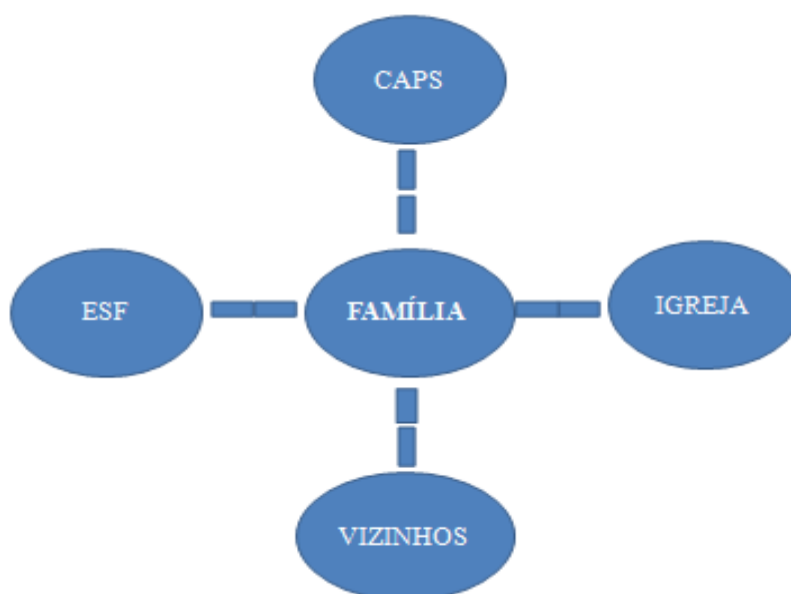


Figura 2: Ecomapa da Família. Montes Claros, 2016.

### P.R.A.C.T.I.C.E

O esquema P.R.A.C.T.I.C.E. representa o acrônimo das seguintes palavras originalmente em inglês: *problem, roles, affect, communication, time in life, illness, coping with stress, environment ecology* (FERNANDES; CURRA, 2006; HORTA, 2008).

Tal modelo possibilita a avaliação da família, permite aos profissionais a compreensão dela, para assim, intervir de forma planejada, direcionada ao caso em questão. Pode ser desenvolvido quando o profissional depara-se com problemas nas ordens médica, comportamental e relacional (CHAPADEIRO, 2011). O P.R.A.C.T.I.C.E. é assim desenvolvido:

**P** - *problem*: referente ao problema apresentado;

**R** - *roles*: refere-se aos 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 de vida a família se encontra;

**I** - *illness*: história de doença na família, passado e presente;

**C** - *coping with stress*: como os membros da família enfrentam o estresse da vida.

**E** - *environment/ecology*: quais os recursos que a família possui para enfrentar o problema em questão.

O modelo P.R.A.C.T.I.C.E. foi desenvolvido para situações de difícil manejo junto as famílias, centra-se na resolução dos problemas, o que possibilita o contato com várias interfaces que acarretam problemas a essas famílias (CHAPADEIRO, 2011). Para a família em estudo, tem-se:

**P - Problemas Apresentados (*problems*)**

- Dona Ana é depressiva, desmotivada, choro fácil e não adere ao tratamento proposto;
- Paulo é dependente químico, não adere ao tratamento no CAPS, bem como ao uso dos medicamentos;
- Jéssica apresenta problemas de aprendizado e comportamento na escola, mantém relação conflituosa com pai, mãe e avó.

**R - Papéis (*roles*)**

- Dona Ana é chefe da família, gerencia os recursos financeiros, cuida dos netos e realiza as tarefas domésticas;
- Paulo tem dificuldade em exercer sua função paterna devido à dependência química; desestabiliza a família;
- Jéssica, Paulo, Helena e Rafael exercem papel de geradores de conflitos;

**A - Afeto (*affect*)**

- Há troca de afeto no âmbito da família, no entanto, é prejudicado;
- Dona Ana afirma querer morrer, mas, logo em seguida, preocupa-se em deixar o filho e netos sozinhos;
- Paulo é introspectivo e distante dos membros do grupo familiar.

**C - Comunicação (*communication*)**

- Dona Ana e Jéssica expressam suas opiniões e dialogam; sendo a comunicação compartilhada entre elas; o que em algumas vezes, gera conflitos;
- Paulo diz poucas palavras;

**T - Tempo no ciclo de vida (*time in life*)**

- Uma vez que esta família é ampliada, existem vários tempos no ciclo de vida: família com membro em envelhecimento, adolescência e família com crianças em idade escolar.
- Doença no passado e no presente (*illness*)
- Ex-esposo de Dona Ana era etilista crônico.

**C - Lidando com o estresse (*copingwith stress*)**

- A família se apoia em Dona Ana para passar pelos momentos de estresse;
- Nos momentos de crise, internações e problemas com a lei, a família se une para encontrar uma solução.
- Dona Ana faz uso de psicofármaco para lidar com os sintomas depressivos.

**E - Ecologia ou Meio Ambiente (*environment/ecology*)**

- Espiritualmente, Dona Ana recorre à igreja para aliviar sua angústia e sente-se acolhido pela equipe de saúde da família, mesmo que sempre solicita mais atenção;
- Relação com vizinhos, que a paciente índice considera como apoio.
- Contato com CAPS-AD prejudicado.

**F.I.R.O. (Fundamental Interpersonal Relations Orientations)**

O modelo tem como base as Orientações Fundamentais nas Relações Interpessoais, do original em inglês *Fundamental Interpersonal Relations Orientations* (FIRO) (FERNANDES; CURRA, 2006; HORTA, 2008). Os preceitos do modelo F.I.R.O. são úteis nas situações seguintes:

- a) Quando as relações do grupo familiar podem ser categorizadas nas dimensões inclusão, controle e intimidade, assim, a família pode ser analisada do ponto de vista das relações de poder, comunicação e afeto;
- b) Quando os membros da família passam por importantes transformações, como rito de passagens, descritos nos ciclos de vida, exigindo-se novos padrões de inclusão, controle e intimidade;
- c) Quando os domínios da inclusão, o controle e a intimidade compõem um processo inerente ao processo de desenvolvimento para o manejo das mudanças no grupo familiar;
- d) E por fim, quando os domínios anteriormente discutidos constituem uma sequência lógica de prioridades para o tratamento, ou seja, inclusão, controle e intimidade.

O F.I.R.O. (*Fundamental Interpersonal Relations Orientations*) é um instrumento que analisa a família a partir das dimensões de Inclusão, Controle e Intimidade. A inclusão é o ponto inicial, ela refere-se ao que deve ser compreendido nos níveis de estrutura do grupo, crenças que fornecem as diretrizes comportamentais do mesmo e os papéis a serem desempenhados por cada membro para a harmonia do conjunto. Uma vez incluído o indivíduo desenvolve algum tipo de controle dentro do grupo, e estabelecido o tipo de controle criam-se condições para o desenvolvimento de intimidade. O F.I.R.O. fornece condições para que se perceba os significados dos diferentes processos que ocorrem no grupo em estudo, auxiliando no planejamento da ação (BRASIL, 2008).

Para a família de D. Ana, o F.I.R.O. permitiu concluir:

- Inclusão: - interação com filho e neta prejudicada, entende-se relação sem conflitos com filha mais velha, em contrapartida superficial; - Desconexão familiar; ausência de união no seio familiar.
- Controle: - O tipo de controle predominante é o controle reativo, ou seja, de reação a uma influência que quer tornar-se dominante.
- Intimidade: - Dona Ana tenta distanciamento em resposta às situações vivenciadas, mas sem sucesso; - Jéssica expressa sentimentos de afeto pelo pai, vive conflitos importantes com outros membros da família; - Paulo apresenta-se introvertido e com dificuldade de expressar seus sentimentos para os demais membros da família.

**Ciclo de vida familiar**

O Ciclo de Vida Familiar é compreendido como “movimentos e alterações que ocorrem ao longo da história familiar, apresentando padrões de relativa previsibilidade, constituindo-se em estágios de desenvolvimento e exigindo adaptação e ajustamento de seus membros” (MOYSÉS; KRIGER; MOYSÉS, 2008).

Nesse contexto, compreende-se, que os indivíduos passam por ciclos em suas vidas, influenciando seu dia-a-dia; esse fato, também ocorre com as famílias. Com clareza, os profissionais de saúde, podem prever como a passagem pelos ciclos de vida podem gerar rearranjos, desordens, fortalezas, a ocorrência de doenças e como elas irão surgir (BRASIL, 2011; SAVASSI, 2011).

A família deste estudo pode ser classificada como ampliada, ou seja, caracterizada pela presença de diferentes gerações no mesmo espaço. Na casa residem juntos a avó, filho e netos; o que em contrapartida, pode gerar desordens na organização familiar; com acúmulo de mudanças e papéis. Sendo assim; nessa família os ciclos de vida são: família com adolescentes e família envelhecendo, além de família com criança em idade escolar. As tarefas e vínculos de cada uma dessas etapas serão discutidos adiante.



Na conferência familiar foram discutidos tópicos que deveriam ser assumidos pelos membros da família tais como; facilitar a transição da casa para a escola, fazer face às crescentes demandas de tempo edineiro, equilibrar liberdade com responsabilidade, à medida que os adolescentes vão adquirindo individualidade, estabelecer fundamentos para atividades dos pais após a saída dos filhos, tópicos de moradia e de finanças, integridade do ego, saúde e enfrentando a vida sozinha (BRASIL, 2011; SAVASSI, 2011).

Nesse sentido, também foram ressaltadas as ações de promoção/prevenção/reabilitação/recuperação de saúde assumidas pelos profissionais de saúde, sendo elas: fornecer informações sobre o desenvolvimento de crianças em idade escolar, monitorar o desempenho escolar e reforçar posiçõesrealísticas sobre expectativas de desempenho, sugerir estratégias de manejo de tempo, encorajar discussões sobre sexualidade com ascrianças, estabelecer relação com o adolescente que reflitaaumento de autonomia, fornecer informação aos pais sobre desenvolvimento de adolescentes, conversar com adolescentes sobre drogas e sexo e discutir com o adolescente o estabelecimento de relações ao longo da vida (BRASIL, 2011; SAVASSI, 2011).

Também se faz importante; discutir tópicos de saúde, planejara longo prazo, revisar a vida como ferramenta para a saúde mental, encorajar interesses individuais e compartilhados e preparar para lidar com as perdas e própria morte (BRASIL, 2011, SAVASSI, 2011).

## **DISCUSSÃO**

No desenvolvimento desse trabalho; no decorrer dos contatos com a família, na unidade de saúde, no domicílio e até mesmo no território, os profissionais de saúde perceberam a família, de maneira aprofundada e comprometida, despindo-se de uma visão superficial, com a atuação centrada apenas nas doenças que atingiam aquelas indivíduos, para a compreensão de que a família é um organismo; em que as ações de cada membro acarretam desafios para equipe de saúde e para a própria família; assim, ocorreu um processo de interação além da doença orgânica.

O contato com situações de vulnerabilidade social, que muitas vezes extrapolam o setor saúde, exige do profissional condutas muitas vezes mais complexas, a família em estudo passa por problemas para sua organização, pois a dependência química crônica dos seus membros, traz sofrimento e tristeza a todos, gerando constantes conflitos e sentimentos negativos para família.

Os profissionais, por sua vez, encontram-se diante de pessoas que necessitam de uma maior aproximação para o cuidado, mas em contrapartida, essas pessoas não assumem seus papéis e funções para resolução das desordens na família, assim, a equipe de saúde, em monitorização, avaliação e “persistência” deve propor juntamente com a família as saídas para melhorar e aprimorar interação na família, os rearranjos e ajustes, ou seja, a própria família que indica o caminho a ser percorrido.

A família de Dona Anapassa por problemas importantes, e assim os profissionais da equipe de saúde da família, juntamente com a família, traçaram metas a serem cumpridas, realistas, pactuadas, e ditas, em alguns casos, em meio a lágrimas e gritos de pessoas que precisam de cuidados urgentes, constantes e comprometidos.

Alguns desses cuidados são: a estruturação da rede de suporte social da família, acompanhamento escolar por parte da avó e pai, contato dos profissionais de saúde com a escola, busca de alternativas para melhor desempenho na escola e complementação dos estudos, por exemplo, com cursos de formação oferecidos gratuitamente, divisão de tarefas no domicílio, sobretudo, higienização, ajuda mútua para adesão aos tratamentos propostos, auxílio para elaboração de projeto de vida para os membros da família, sobretudo, o membro adolescente, criação de novos vínculos e fortalecimentos dos já existentes, acolhimento com escuta qualificada, estimulação de seguimento no CAPS-AD com responsabilização e monitoramento, tendo por base, a política de redução de danos, busca de meios legais para renda,

acompanhamento em saúde mental na atenção primária a saúde, participação de grupos de promoção de saúde na Estratégia Saúde da Família (HIPERDIA, grupo de atividades físicas para idosos, planejamento familiar, saúde mental, grupo de tabagismo, dentre outros) e atenção a saúde integral, como o controle de doença de base, dentre outros.

Ressalta-se que os profissionais de saúde, propuseram à direção da escola palestras de educação em saúde em relação às doenças sexualmente transmissíveis e outros tópicos necessários, demanda percebida no contato com Jéssica. Esse trabalho foi apresentado a ACS responsável para apreciação e colaboração, para melhor detalhamento dos dados.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para essa família a definição de papéis e de organização de estrutura familiar por meio das ferramentas de abordagem a família representaram o fortalecimento dos seus membros. Notou-se que a organização familiar, muitas vezes conflitante, desequilibrada, é resultado, sobretudo, da sobreposição de papéis, da conectividade e afeto prejudicados e do adoecimento crônico, em situações, que pioram a cada dia.

As ferramentas de abordagem familiar permitem ao profissional vivenciar um pouco da realidade da família, possibilitando, dessa forma a elaboração de projetos e estratégias únicas, para o sujeito e para família, em um processo singular. Identifica-se a necessidade, ditada pela família, de organização para maior qualidade de vida; ponto de partida desse estudo.

Ressalta-se que as ações acordadas entre a equipe e família, não serão simples de serem realizadas, sobretudo, os novos papéis dos membros da família. Sendo assim, faz-se necessário o acompanhamento do desenvolvimento dessa família pelos profissionais, fortalecendo sua rede de apoio social. Por conseguinte, para os profissionais, ressalta-se o contato com novos saberes e aprendizados, gerando maiores habilidades e competências.

## REFERÊNCIAS

1. Agostinho M. Ecomapa. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 2007; 23(1): 327-330.
  2. Brasil. Cadernos de Atenção Básica n.34: Saúde Mental. Saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
  3. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos: resolução. 466 de 12 de dezembro de 2012*.
  4. Brasil. *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.
  5. Chapadeiro CA, Andrade HYSO, Araújo MRN. *A família como foco da atenção primária à saúde*. Belo Horizonte: nescon/UFMF; 2011.
  6. DitterichRG, GabardoMCL, Moysés SJ. As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas Equipes de Saúde da Família de Curitiba, PR. *Saúde Soc*, 2009; 18(3): 515-524.
  7. FernandesCLC, CurraLCD. *Ferramentas de Abordagem Familiar*. PROMEF. Organização SBMFC, p 13-29. Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora, 2006.
  8. Horta TCG. *Abordagem Familiar*. Belo Horizonte: Residência em Medicina de Família e Comunidade do Hospital das Clínicas da UFMG, 2008.
  9. Martins MM, Fernandes CS, Gonçalves LHT. A família como foco dos cuidados de enfermagem em meio hospitalar: um programa educativo. *Rev Bras enferm*, 2012; 65(4): 685-90.
  10. Mello DF, Viera CS, Simpsonato E, Alves ZMMB, Nascimento LC. Genograma e ecomapa: possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 2005; 15(1): 78-91.
  11. MerhyEE, Onocko R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, p. 71-112, 1997.
  12. Moysés ST, Kriger L, Moysés J. organizadores. *Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências*. São Paulo: Editora ArtesMédicas; 2008. 308 pp.
  13. Rebelo L. Genograma familiar: o bisturi do Médico de Família. *RevPortClinGeral*, 2007; 23, (1):309-317.
  14. SquarciniCFR, Silva LWS, Reis JF, Pires EPOR, TonokasiLMD, Ferreira GA. A pessoa idosa, sua família e a hipertensão arterial: cuidados num programa de treinamento físico aeróbico. *Rev Kairós*, 2011; 14(3):105-125.
  15. Savassi LCM. *Iniciação à Prática de ESF*. Faculdade Senac: Belo Horizonte, 2011. 80 p.
  16. Vecchia DM. *Trabalho em equipe na atenção primária à saúde: Fundamentos histórico-políticos*. Cultura Acadêmica, São Paulo, 2012.
- 

Recebido em: 8/2016

Aceito em: 9/2016

Publicado em: 11/2016