

ATENÇÃO DOMICILIAR E A FAMÍLIA

Lêda Chaves Dias

A experiência de sentir-se vulnerável, frágil, ameaçado é compartilhada por quase todas as pessoas que estão doentes ou enfrentam adversidades. A superação é uma tarefa complexa que pode exigir a habilidade de produzir mudanças para minimizar ou eliminar danos. Não existe uma receita única para alcançar o bem-estar, a felicidade, mas a família pode ser um antídoto contra ameaças (DIAS, 2012, p. 221).

A experiência clínica sustenta que as famílias influenciam e são influenciadas pela saúde de seus membros, e que a assistência orientada para a família na Atenção Primária à Saúde pode levar à melhora da saúde, tanto para o indivíduo quanto para a família como um todo. A Organização Mundial da Saúde tem caracterizado a família como o principal agente social de promoção da saúde e bem-estar. Um estilo de vida saudável é normalmente desenvolvido, mantido, ou alterado dentro do ambiente familiar (MCDANIEL, CAMPBELL, HEPWORTH, LORENZ, 2005, p. 16-17).

Não existe estratégia única de como lidar com um doente crônico e sua família, assim como não existe um único caminho a seguir entre tantas abordagens práticas do cuidado da clínica, mas é esperado que o profissional que realiza o cuidado em Atenção Primária à Saúde possa ajudar as famílias a identificarem suas preocupações, realizarem o entendimento real da situação, identificarem necessidades, avaliarem a demanda de cuidados, expressarem as situações de possíveis riscos, tecerem possibilidades de rede de apoio, realizarem um planejamento do cuidado de forma a atingir a melhor condição de conforto para a pessoa doente e seus familiares. Muitas vezes a doença crônica impossibilita a pessoa ou a família de receberem o cuidado na unidade de saúde, e é na visita domiciliar e nos cuidados fornecidos no domicílio que são realizadas algumas estratégias. Os profissionais podem ajudar a pessoa e os familiares a fazerem escolhas sobre o cuidado de saúde e também mediar alguns conflitos ou a comunicação entre eles.

Segundo McDaniel, Hepworth e Doherty (1992), o diagnóstico de uma doença crônica é uma crise significativa no ciclo de vida familiar. A pessoa doente e a família geralmente estão despreparados para as mudanças físicas, períodos de instabilidade emocional e incertezas do funcionamento de vida no futuro. A doença crônica demanda novas formas de lidar com a vida em família e períodos longos de adaptação. A pessoa que está doente realiza múltiplas perdas além da mudança em seu funcionamento físico. Ocorrem perdas de papéis e responsabilidades no contexto da família, às vezes, também, perdas de sonhos, e, outras vezes, medo pela possibilidade da morte.

A mobilização familiar frente à situação de adoecimento de um de seus integrantes, que necessite de cuidados no domicílio, gera movimentos que se modificam de acordo com a gravidade e duração da situação. Em geral, no início do quadro de uma doença a família se mobiliza e se organiza com a maioria das

peças auxiliando no cuidado. Com o passar do tempo, esta organização se modifica, e o cuidado mais direto passa a ser de responsabilidade de poucos, com os demais retornando as suas atividades e compromissos da vida diária.

Essas e outras questões descritas fazem parte de um grande elenco de situações que requerem um complexo trabalho com as famílias.

Em um primeiro momento é essencial que o profissional esteja atento ao estágio do ciclo de vida em que a família se apresenta. Ao receber o pedido para realização de visita domiciliar a uma pessoa que está impossibilitada de se mobilizar até a unidade de saúde, os profissionais devem primeiramente correlacionar o estágio do ciclo de vida familiar ao problema da pessoa e da família. Desta forma, é essencial considerar o impacto do diagnóstico em todos os âmbitos.

A mobilização familiar frente à situação de adoecimento de um de seus integrantes, que necessite de cuidados no domicílio, gera movimentos que se modificam de acordo com a gravidade e duração da situação. Em geral, no início do quadro de uma doença a família se mobiliza e se organiza com a maioria das pessoas auxiliando no cuidado, com a doença exercendo uma força de mobilização centrípeta. Se a situação se prolonga, com o passar do tempo esta força de mobilização se modifica, tornando-se centrífuga, e o cuidado mais direto passa a ser de responsabilidade de poucos, com os demais retornando às suas atividades e compromissos da vida diária.

Alguns estudiosos em famílias referem que algumas doenças crônicas ou os doentes crônicos passam a reger as necessidades das famílias. Em outras famílias, a constante lida com sentimentos de frustração, ressentimento e pobre comunicação podem fornecer os ingredientes fundamentais para a ocorrência de negligências e outros maus tratos. É essencial, desta forma, reconhecer o ciclo de vida para prever situações de crise da própria fase, reconhecer o entendimento sobre a doença e as perspectivas da situação, mas também diagnosticar o tipo de família que se apresenta mediante o problema, assim como a dinâmica de funcionamento.

Dependendo do recurso das famílias, cultura, acesso à informação ou possibilidades de acesso, pode-se prover conhecimentos sobre a doença e realizar levantamento de cuidados.

Outro aspecto importante é termos presente, ao abordar famílias no domicílio, das fases de enfrentamento a doença estabelecidas por Elizabeth Ross, explicitadas na figura abaixo (Tratado de Medicina de Família, Vol I, p. 819), pois ao tratar com a pessoa doente e sua família, temos que nos dar conta de que cada um dos integrantes pode estar em uma fase distinta. E identificar as fases de cada um através da entrevista familiar, principalmente daquele que será o interlocutor pela família, ajudará a diminuir as dificuldades de abordagem.

Tabela 92.1
ESTÁGIOS NO ENFRENTAMENTO DA MORTE, SEGUNDO
ELIZABETH KÜBLER-ROSS

Negação	"Não, não pode ser comigo!"	Tendência a evitar consultas, exames e tratamentos
Raiva	"Por que eu?"	Dificuldade no trato com profissionais de saúde e familiares
Barganha	"Se eu viver mais um pouco, prometo..."	Fase curta, mas de importância no tratamento
Depressão	"Não tenho mais esperança..."	Sentimento de grande perda
Aceitação	"Já posso partir..."	Contemplação do fim com certo grau de tranquila expectativa

Fonte: Kübler-Ross.¹⁰

Fonte: Tratado Medicina de Família, Cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde pag. 810, Cledy Eliana dos Santos, Fátima Magno Teixeira e Luiz Felipe Mattos

O encontro com a família e a entrevista familiar segundo McDaniel, Hepworth e Doherty (1992), deve conter estratégias que: 1) Respeitem as defesas, removam culpas e aceitem os sentimentos inaceitáveis; 2) Mantenham uma boa comunicação; 3) Reforcem a identidade familiar; 4) Explicitem a história da doença e do significado dela na família; 5) Provenham suporte psicoeducacional; 6) Aumentem o sentimento de união familiar; 7) Mantenham uma presença empática com a família.

No encontro com a família também é essencial detectar situações de risco, que podem se apresentar de diversas formas e de acordo com as peculiaridades da família. Mas algumas situações são consideradas como sinal de grande atenção ao serem detectadas, como: 1) Famílias onde há significativo diferencial de poder; 2) A história de violência ou abuso através das gerações; 3) Família com abuso de substâncias; 4) Fronteiras entre as gerações confusas ou inexistentes; 5) Famílias que mantêm isolamento social; 6) Pobre rede de apoio.

O encontro domiciliar com a família é uma oportunidade única de aproximação à realidade que muitas vezes não pode ser compreendida no atendimento ambulatorial. É, também, uma grande ocasião para se trabalhar a interdependência dos membros da família e o suporte emocional nos relacionamentos.

Várias ferramentas podem ser utilizadas durante o encontro com as famílias. A realização do genograma familiar ajuda a organizar a história e a identificar os diversos membros dentro do contexto e dinâmica de funcionamento familiar. Pode, também, ser uma ferramenta que facilita a expressão dos afetos quando é

contada a história, e o fato de ser criado um desenho em conjunto com a família pode facilitar o relacionamento com a equipe de saúde.

Enfim, Stephenson (1998) refere que o tratamento de pessoas no domicílio provê um fascinante e privilegiado entendimento sobre suas vidas e ajuda a revelar importantes elementos de seus problemas médicos.

BIBLIOGRAFIA:

- DIAS, LC. Abordagem Familiar. In: Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática / Organizadores, Gustavo Gusso, José Mauro Ceratti Lopes. – Porto Alegre : Artmed, 2012. Vol I, p. 221.
- MCDANIEL, CAMPBELL, HEPWORTH, LORENZ. Family-Oriented Primary Care. New York : Springer. 2005.
- MCDANIEL, HEPWORTH, DOHERTY. Medical Family Therapy : A Biopsychosocial Approach to Families with Health Problems. New York : BasicBooks, 1992.
- SANTOS, CE; Teixeira, FM; MATTOS, LF; Tratado Medicina de Família, Cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde pag. 810,
- STEPHENSON, A. A textbook of General Practice. London : Arnold, 1998, p. 145.