



Scientific Research and Reviews (DOI:10.28933/SRR)



Atenção Aplicada `A Família Monoparental: Relato De Experiência

Mesquita, S.K.M1; Lima, N.A.S2; Sá, A.N.P3; Lima e Silva, T.C4

1Estudante do Curso de Medicina - F.C.M. /PB; 2 Estudante do Curso de Enfermagem – UFPE; E-mail: angenathalia@gmail.com; 3 Mestre em Enfermagem pela UFPB/ Docente da F.C.M. / PB -Curso de Medicina;4Docente Adjunta/Pesquisador do Departamento de Enfermagem,- CAV/ UFPE, Doutora em Patologia (FMB/UNESP)

ABSTRACT

No Brasil, a reorganização da Atenção Básica se deu a partir da implantação da Estratégia da Saúde da Família (ESF), um modelo que promove a organização das ações de saúde com alto grau de descentralização e capilaridade, em um território adscrito no intuito de enfrentar e resolver a maior parcela dos problemas identificados. A Estratégia da Saúde da Família (ESF) incorpora e reafirma as diretrizes e os princípios básicos do SUS (universalidade, equidade, integralidade, regionalização, participação social e descentralização) e se alicerça sobre três grandes pilares: a família, o território e a responsabilização, além de ser respaldado pelo trabalho em equipe. Nesse sentido, a família deve ser entendida de forma integral e em seu espaço social, abordando seu contexto socioeconômico e cultural, considerando que é nela que ocorrem interações e conflitos que influenciam diretamente a saúde das pessoas¹.

Para a operacionalização das ações voltadas ao sistema familiar, os profissionais das equipes de saúde da família devem realizar, de forma sistemática, as visitas domiciliares (VDs). A atenção centrada na família considera o indivíduo e a família como um sistema e, por consequência, aplica uma clínica específica em três dimensões: a família como recurso que os indivíduos dispõem para manterem-se sãos ou para recuperarem sua saúde; como marco de referência para uma melhor compreensão da situação de saúde; e unidade de cuidado, como ente distinto de cada indivíduo-membro. A assistência domiciliar é uma prática que possibilita ampliar a dimensão do cuidar em saúde, que possui a VD como um instrumento para operacionalização dessa proposta de cuidar de forma humanizada, a qual resgata a cidadania como processo de emancipação e, de autocuidado². A visita domiciliar é uma ferramenta de cuidado que permite o processo de atenção continuado, integral, de prática interdisciplinar pela qual podem ser desenvolvidas: a atenção e assistência domiciliar, bem como a vigilância em saúde. Ao chegar nesse espaço,

*Correspondence to Author:

Mesquita, S.K.M

Estudante do Curso de Medicina - F.C.M. /PB;

How to cite this article:

Mesquita, S.K.M; Lima, N.A.S; Sá, A.N.P; Lima e Silva, T.C. Atenção Aplicada `A Família Monoparental: Relato De Experiência. Scientific Research and Reviews, 2018, 4:34

 eSciPub
eSciPub LLC, Houston, TX USA.
Website: <http://escipub.com/>

o profissional consegue desenvolver suas ações e interações com a família, não considerando somente os problemas apresentados pelo paciente, mas observar os fatores condicionantes e determinantes do adoecimento, os recursos disponíveis no domicílio e o grau de esclarecimento da família em relação ao processo saúde-doença. Entendendo a família como um sistema, é possível identificar os principais momentos do ciclo familiar pode ser um fator que ajude a proteger a sua integridade. Já que, o grupo familiar passa por diferentes etapas em sua vida, de complexidades diferentes, que podem variar na dependência de suas características biológicas, sociais, culturais e econômicas. Portanto, mudanças são esperadas, seja em sua composição que pode aumentar ou diminuir, ou na sua forma de funcionamento, que podem implicar nos comportamentos e sentimentos dos membros³. Dessa maneira, a visita domiciliar facilita a compreensão da dinâmica familiar de modo a conhecer os aspectos geradores do adoecimento como: modos de vida, crenças, cultura e padrões de comportamento e, assim, prestar o cuidado singular às famílias, orientar, educar, reabilitar e fornecer subsídios; a fim de que as famílias atendidas tenham a capacidade de autonomia e corresponsabilidade no cuidado a sua saúde⁴.

Ministério da Saúde (2005)⁵ e Giacomozzi (2006)⁶ afirmam que a visita domiciliar proporciona ao profissional adentrar o espaço da família e, assim, identificar suas demandas e potencialidades, permite conhecer e reconhecer, a cada rua e casa visitada, as verdadeiras necessidades e as possíveis soluções oferecidas por uma determinada comunidade. A equipe de saúde pode assim identificar oportunidades importantes de prevenir agravos, físicos e emocionais na saúde da família, pode eleger estratégias, mobilizar recursos, orientar ou apenas se solidarizar com as famílias, estando presente nos seus momentos de maior vulnerabilidade.

OBJETIVO

Realizar visitas domiciliares com intuito de desenvolver a habilidade de comunicação bem como fazer a interface da teoria e a prática.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo Relato de Experiência acadêmico realizado pelas discentes do segundo período do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, durante o Módulo horizontal de Atenção em Saúde II no mês de setembro de 2016 em uma USF do município de João Pessoa-PB. Foram realizadas seis visitas domiciliares a família. A partir desses encontros, foi possível promover vínculo de confiança com a família, que desvelou as informações contidas no trabalho. Além dos relatos de vida, foi feita consulta no prontuário familiar para possibilitar a elucidação de achados, bem como conversas com a equipe da USF para compreensão da dinâmica familiar e sua influência no processo saúde doença. Assim, fazer as visitas a fim de conhecer, aproximar e criar vínculo com a família a qual acompanharíamos. Ter a oportunidade aprender sobre processos saúde e doença, a relação com a família, desenvolver a confiança no profissional de saúde, além de refletir em relação a valorização do paciente em seu contexto social, econômico e cultural através da VD. Já que a Medicina familiar presta assistência de forma continuada, integral abrangente para pessoas, suas famílias bem como a sua comunidade.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Dona J. M. C., 72 anos, aposentada, divorciada, natural de Areia-PB, porém relata ser natural de Pilões-PB, reside no bairro Mandacaru, próximo ao posto de saúde, mas sua área encontra-se descoberta por falta do agente de saúde, o qual está de licença médica. Conforme prontuário, está cadastrada no "HIPERDIA" como hipertensa (HAS), histórico familiar de acidente vascular cerebral e HAS (mãe), realizou cirurgia de varizes há seis anos e meio, no momento apresenta erisipela bolhosa membro inferior direito (MID) a qual evoluiu para ulceração.

No momento das visitas, a paciente apresentava-se com estado geral bom, consciente e orientada, deambulando sem dificuldade, hipocorada, eupnéica, ativa, disposta, edema nos membros inferiores, presença de curativo específico no MID, por isso não houve como verificar o estado da ferida. Faz uso de antibiótico e anti-hipertensivos, conforme prescrição médica. Demonstra tomar os medicamentos segundo os horários prescritos corretamente. Relata ir à Unidade de saúde da Família (USF) apenas para buscar medicações, uma vez ao mês, e aproveita para verificar a pressão, enfatiza a dificuldade de procurar os serviços devido ao difícil acesso pela presença de uma ladeira.

No que se refere aos hábitos alimentares, diz ser muito controlada, por da preferência a frutas e refeições leves sem sal, e evita comidas gordurosas. Mora com um dos filhos de 51 anos de idade, o qual trabalha em tempo integral na feira livre do Bairro dos Estados e tem uma gata de estimação chamada Miminha. Analisando a conjuntura familiar, trata-se de uma família monoparental no estágio VII do ciclo de vida.

Conforme Ventura (2002)⁷ uma Família Monoparental é constituída por um único dos pais com os filhos. Tal situação pode resultar da morte de um membro do casal ou da sua separação ou divórcio. Aparentemente família é funcional, no momento da visita, não se detectou o tipo de relacionamento com o filho pois o mesmo estava em local de trabalho, mas a senhora J. relata ter um bom relacionamento com o mesmo além de elogiá-lo bastante. Araújo; Brandalize (2017)⁸ categorizaram os principais problemas encontrados voltados para o conhecimento das famílias monoparentais femininas publicados nos últimos quatro anos, no intuito de facilitar o seu manejo pelos profissionais de saúde. No qual, se ressaltou que, para além de conhecer esses problemas, os profissionais da estratégia de saúde da família precisam conhecer as diversas formas de atuar em saúde. Não obstante, é indubitável que os problemas enfrentados por essas

famílias possam ser explicados com base nos determinantes sociais de saúde, pois todos eles influenciam, em várias dimensões, o processo de saúde e doença, afetando as famílias monoparentais femininas de forma coletiva e individual. Durvall (1977)⁹ expôs oito estádios ao longo do percurso longitudinal de uma família nuclear típica, mantém-se como um referencial importante e instrumento útil para compreender a família nuclear nas sociedades ocidentais, fenômenos de saúde e de doença e enquadrar procedimentos promotores da funcionalidade familiar.

No caso da família de Dona J. M. C., enquadra-se no ciclo 7: Família de meia idade (ninho vazio) delimita o estágio desde que o último filho sai de casa até à reforma com as seguintes tarefas envolvidas: renegociação do casal; manutenção das relações entre todas as gerações; aceitação do papel mais central da geração do meio; interesse por novas opções sociais. Além de terem como fatores negativos: filho único, com as dificuldades inerentes de separação; mulheres focalizadas nos deveres domésticos e que não construíram carreira ou cultivaram interesses sociais. São particularmente importantes os momentos de transição entre cada estágio do ciclo pelo fato desses períodos coexistirem com uma certa instabilidade, prenunciadora ou não do reajustamento ao estágio seguinte. Por isso, uma doença surgindo numa fase de transição do ciclo de vida, obriga a uma avaliação familiar.

Conforme Ramos, et al (2016)¹⁰ destaca o nível de satisfação dos indivíduos com suas respectivas moradia, o qual indica que o perfil social em seu artigo, não se mostrou relevante na definição do índice de satisfação de vida, por conseguinte, ao contrário da mentalidade geral de que quanto maior a condição de urbanização e modernização de um local mais felizes as pessoas ali residentes serão, este estudo indicou nível semelhante de felicidade entre as diferentes áreas de urbanização do município, com maior quantidade de pessoas mais felizes nos bairros periféricos da cidade, ao invés de

nos bairros centrais. Evidencia-se tal realidade com a paciente que acompanhamos nesse relato cuja residência é de alvenaria, composta por 5 cômodos (1sala, 1quarto,1cozinha, área de serviço, 1 banheiro) preserva a casa sempre limpa e arrumada, a rua é calçada, água encanada com esgotamento, como também coleta de lixo regularmente uma vez por semana, mas segundo informações colhidas há alagamentos em períodos de intensa chuva, além de ser uma região de tráfico de drogas.

CONCLUSÃO

A importância de conhecer a tipologia da família e identificar a etapa do ciclo de uma determinada família pode elucidar algumas dificuldades vivenciadas por seus membros e ainda prever situações estressantes ou desencadeadoras de conflitos ou adoecimento. Sendo assim, a visita domiciliar a família é uma ferramenta potencial para as equipes da ESF. Pode ser usada sob forma de prevenção ou mesmo gerar hipóteses que possam explicar possíveis problemas e dificuldades presentes em um dado grupo familiar, ao qualificar a assistência a ser prestada a essas famílias, pois quando apresentam dificuldades para atravessar as etapas do ciclo familiar e assumir os novos papéis que elas requerem, podem ocorrer inaptações que conduzam a crises familiares.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997.
2. BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília, vol. 1. 2012.
3. VENTURA, Teresa. Doenças Crônicas: intervenção do médico de família para limitar as suas repercussões na pessoa e na família. 2016. 334 f. Tese (Doutorado Medicina Especialidade em Saúde das Populações/Medicina Geral e Familiar) - Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa, Portugal. Julho. 2016
4. CRUZ et al. A Visita Domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções

das famílias. Saúde Soc. São Paulo, v. 19, n.3. 2010.

5. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília, vol. 1. 2012.
6. GIACOMAZZI CM; LACERDA MR. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia saúde da família. Texto & Contexto Enferm. 2006.
7. VENTURA, Teresa. Família. Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa. Departamento de Clínica Geral. 2001-2002.
8. ARAÚJO, Lucicller; BRANDALIZE, Edna. Atenção à Saúde da Família Monoparental Feminina: reflexão para a prática dos profissionais da estratégia da saúde da família. Revista Saúde e Desenvolvimento, São Paulo. vol.11, n.7, abr/jun. 2017.
9. Durvall EM. Marriage and Family Development. Philadelphia: JB Lippincott; 1977.
10. RAMOS, Aline Silva et al. Perfil social, local de moradia e nível de satisfação de vida dos moradores do município de Santana/AP: Relação entre urbanização e felicidade. Revista Madre Ciência Saúde, Amapá. Vol.1, Nº 1, 2016.

