

## **ABORDAGEM A UMA FAMÍLIA DE SOBRAL – CEARÁ PARA REINTEGRAÇÃO DO VÍNCULO COM A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Francisco Meykel Amancio Gomes<sup>1</sup>; Keila Maria Martins Carrvalho<sup>2</sup>; Maria do Socorro Teixeira Sousa<sup>3</sup>; João Sérgio Araújo Soares<sup>4</sup>; Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas<sup>5</sup>; Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque<sup>6</sup>

### **Resumo**

A Estratégia Saúde da Família criada na década de 90, com o objetivo de reestruturar o modelo de assistência à saúde no Brasil, foi adotada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) como o modelo de Atenção Primária à Saúde. Essa estratégia tem alguns princípios que orientam sua organização, dentre eles existe o vínculo da equipe com as famílias residentes no seu território adscrito. Esse vínculo é essencial para que a população adquira confiança nos profissionais a fim de proporcionar uma melhor qualidade na atenção prestada às famílias. De acordo com a observação realizada, percebeu-se que essa família é chefiada por uma mulher viúva, mãe de sete filhos, onde dois de seus filhos são portadores da síndrome de Huntington, uma doença degenerativa que aos poucos os portadores vão perdendo o controle dos movimentos que se tornam involuntários e que também foi a causadora da morte de seu esposo. Devido a esse contexto, a chefe da família tem uma carga grande de sofrimento causada por esta doença genética a qual seus dois filhos são portadores resultando no seu esgotamento diante das dificuldades que precisa enfrentar em seu dia a dia, tornando-a impaciente e sem esperanças. Como objetivos deste estudo, citamos identificar os fatores que levaram a família ao distanciamento dos profissionais na visão da equipe de saúde e restabelecer o vínculo dessa família com a Equipe de Saúde da Família. Inicialmente realizamos uma análise do prontuário familiar, seguida de uma visita domiciliar para que pudéssemos identificar as vulnerabilidades de vínculo com a equipe de saúde e construímos um genograma familiar. Buscamos também dialogar com o Agente Comunitário de Saúde da área sobre suas percepções do problema. Foi realizada, com a equipe, uma oficina de humanização e construção de vínculo e a elaboração de um Projeto terapêutico Singular com a participação da Equipe de Saúde da Família, Residentes em Saúde da Família e NASF. Como resultados desta intervenção, tivemos o restabelecimento do vínculo da família com a equipe de saúde da família e uma melhora da percepção da equipe em relação ao vínculo e as necessidades das pessoas atendidas por ela.

**Palavras-chave:** Família; Vínculo; Equipe.

## **Introdução**

Na busca da garantia do acesso da população e na tentativa de mudar o sistema vigente centrado na atenção hospitalar, tendo como foco a doença e sua cura, o Sistema Único de Saúde (SUS) começou a desenhar um sistema que pudesse estar próximo da população, que tivesse como prioridade a atenção e a prevenção de doenças e a promoção da saúde, na perspectiva da visão holística das pessoas e do meio em que elas estão inseridas, resultando assim no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), como primeiro espaço de atenção desse novo sistema de saúde.

A APS é responsável pelo acesso, sendo assim, possui como atributos essenciais o primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; e coordenação. Como atributos derivados, a APS tem a orientação familiar, a orientação comunitária e o... (STARFIELD, 2002).

Luppi et. al. (2011) descrevem que, no Brasil, a partir da Constituição de 1988 e do advento do SUS, com o início do processo de descentralização das ações e municipalização da APS, esta passou a ser denominada de Atenção Básica à Saúde (ABS).

Mendes (2002) afirma que o estado do Ceará foi pioneiro, ao iniciar experiência do PACS que, por seus resultados positivos, acabou sendo expandida para o restante do país e, posteriormente, desenvolveu a primeira experiência do Programa Saúde da Família que serviu de base para a política oficial lançada pelo Ministério da Saúde.

Em 1994, o Programa Saúde da Família foi lançado pelo Ministério da Saúde para suprir as necessidades de atenção à saúde da população, passando a contribuir para a reorientação do modelo assistencial vigente e atribuindo uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde. Tendo a equipe território definido, ficam estabelecidos vínculos de responsabilidade e confiança entre profissionais e famílias, permitindo também uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções a partir de problemas e demandas identificadas. Esse programa passou a se chamar Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2005).

Este trabalho buscou favorecer o vínculo necessário entre a equipe de saúde e a família observada, que tem como chefe uma senhora, de 48 anos de idade, que trataremos pelo nome fictício de Rosa, considerando a responsabilidade da equipe no desenvolvimento de ações humanizantes e de atenção integral à saúde, e os usuários enquanto sujeitos de direitos.

Rosa tem sete filhos, destes quatro homens e três mulheres, e está em processo de adoção de um bebê de 07 meses que foi abandonado pela mãe que é usuária de drogas. Sua família é acompanhada pela equipe Saúde da Família de seu bairro desde 2005. É viúva, perdeu o marido em outubro de 2010 que faleceu aos 47 anos devido a uma doença congênita, a síndrome de Huntington. Dos sete filhos, o mais velho P.R de 28 anos e o C.B de 24 anos são portadores dessa síndrome que é uma doença degenerativa em que, aos poucos, os portadores vão perdendo o controle dos movimentos que se tornam involuntários, o que tem levado a uma carga grande de sofrimento de Rosa.

Os primeiros sintomas dos filhos surgiram quando eles chegaram aos 15 anos de idade. Seu tempo é destinado para cuidar dos filhos. O mais velho P.R, já não anda, é desnutrido, faz as necessidades fisiológicas na cama, é muito inquieto, machuca-se involuntariamente. O outro filho portador da doença já não estuda, anda com dificuldade, e tem dificuldade em realizar as atividades normais da vida diária. Quando vivo e já prostrado, o pai e o filho mais velho P.R. brigavam e se agrediam muito. Num dos relatos desesperados de Rosa identificamos este que nos chamou atenção: “Tenho vontade de dar veneno para eles e depois ir embora”

A ESF tem dado toda cobertura e acompanhamento a sua família, como leite especial, cadeira de rodas adaptada, acompanhamento de outros profissionais de reabilitação, pareceres sociais para aquisição de benefícios e outros apoios, porém há algum tempo a equipe de saúde da família reclama que quando Rosa chega ao CSF não consegue aguardar sua vez de ser atendida e tem sido muito agressiva. É rotulada como uma pessoa grosseira que não sabe agradecer ao que a equipe já fez. Já não comparece às consultas marcadas, e quando vai briga por qualquer motivo.

Rosa se relaciona muito bem com sua Agente Comunitária de Saúde que por sua vez relata que Rosa não gosta dos profissionais do CSF, pois não gosta de esperar, e eles tornam as coisas difíceis. Todo esse problema relatado ocasionou a quebra do vínculo entre a equipe de saúde da família e a família de Rosa.

Este trabalho justifica-se, pois a Estratégia Saúde da Família pressupõe a relação de vínculo entre todos os profissionais das equipes e as famílias, a fim de proporcionar uma melhor qualidade na atenção à saúde. Independente da função ocupada na ESF espera-se que o profissional aja de maneira ética, ouvindo o usuário em suas demandas, respeitando-o, sobretudo, nos seus valores e crenças pessoais.

Como objetivos desse trabalho, buscamos compreender a história de vida dessa família e os impactos causados pela síndrome de Huntington na família da mesma, identificar os fatores que levaram a família ao distanciamento dos profissionais na visão da equipe de saúde e restabelecer o vínculo da família de Rosa com a equipe de saúde da família.

### **Materiais e Métodos**

Trata-se de um trabalho do tipo descritivo, de caráter intervencionista. Para Gil (2002) as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis.

O trabalho foi realizado na cidade de Sobral – Ceará, no bairro Dom José, tendo como população as famílias acompanhadas pelo centro de Saúde da Coelce e delimitada uma amostra de uma família composta por uma senhora viúva, Rosa, de 48 anos (chefe da família) e seus sete filhos.

Para coleta de informações necessárias para o trabalho, inicialmente realizamos uma análise do prontuário familiar, seguida de uma visita domiciliar para que pudéssemos identificar as vulnerabilidades de vínculo com a equipe de saúde. Buscamos também dialogar com os membros da equipe de saúde da área sobre suas percepções do problema.

As informações colhidas foram essenciais para que pudéssemos traçar o planejamento de ações para o enfrentamento do problema pela equipe de saúde da família.

No que concerne aos aspectos éticos, esse trabalho respeitou a resolução 196/96 do CNS, que trata de pesquisas com seres humanos, garantindo aos sujeitos o anonimato e o direito de retirar-se da pesquisa quando assim for de seu interesse.

### **Resultados**

Ao se analisar o prontuário de Rosa, do período em que chegou ao bairro (2005) até a data da coleta dos dados, observou-se que ela tem uma história clínica de muitas intercorrências. Neste mesmo período, Rosa compareceu ao CSF por várias situações: Dores abdominais, sangramento transvaginal, hipertensão arterial sistêmica, crises de ansiedade, depressão, dores nevrálgicas, dor lombar e outras queixas. Faz uso de vários medicamentos para o controle das doenças, antedepressivos e também realizou

histerectomia total. Portanto as suas idas ao CSF estão mais voltadas para buscar ajuda para os filhos, como consulta com especialista, apoio para obtenção de benefícios sociais, solicitação de visitas médicas e de outros profissionais.

Na visita domiciliar, Rosa nos recebeu meio indiferente, mas depois que começamos a conversar ela foi suavizando, pois pensava que éramos conselheiros tutelares que estavam à procura da criança que está em processo de adoção. Contou sobre suas dores, as dificuldades de marcar consulta para ela e para os filhos e que já chegou a pagar uma consulta particular, alegando que estava sentindo muitas dores, não suportando esperar pelo agendamento da Central de Marcação de Consultas.

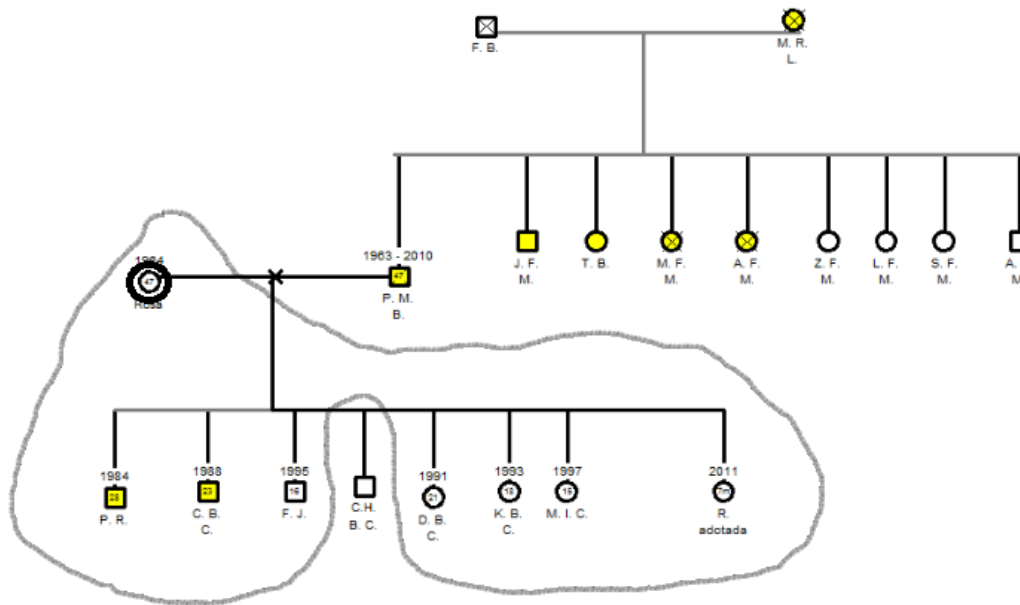
Quando indagada sobre como via a atenção da equipe de saúde da família, Rosa respondeu que muita coisa havia mudado, pois depois da morte de seu marido nada era como antes e só procurava a unidade de saúde quando era muito necessário. E quando perguntada ao que ela atribuía a mudança, limitou-se a dizer que “tudo é difícil” e que os médicos que a ajudaram no problema do esposo já não trabalham nesta unidade de saúde.

Foi identificado que os determinantes do problema estão presentes no esgotamento de Rosa diante das dificuldades que precisa enfrentar em seu dia a dia, tornando-a impaciente e sem esperanças. Outro fator determinante está em a equipe de saúde não levar em consideração a história de vida e as dificuldades que a mesma enfrenta, não usando o princípio da equidade, uma vez que a mesma necessita de um olhar diferenciado pela sua situação. A equipe não consegue compreender porque Rosa tem estas atitudes. A rotatividade dos profissionais também propiciou para a ausência de vínculo entre equipe de saúde e Rosa.

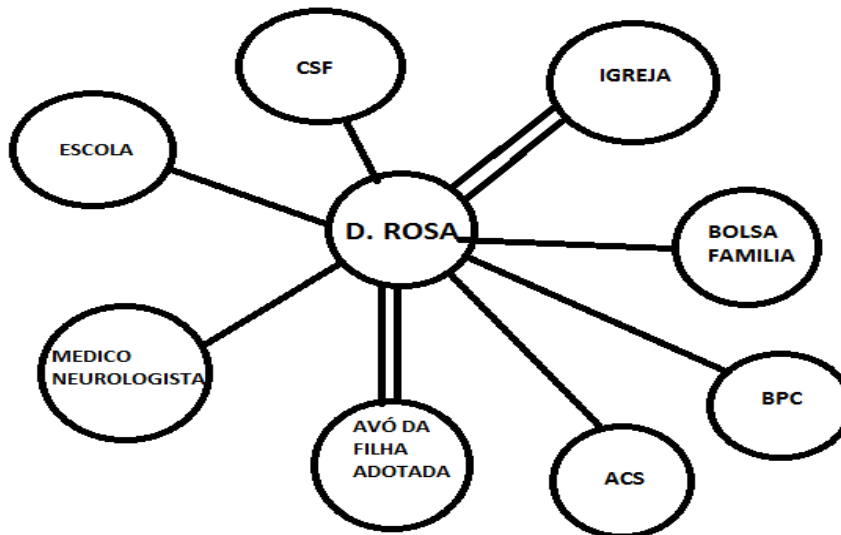
Como estratégia de intervenção para resolução do problema, foi realizada uma oficina de humanização e construção de vínculo para a equipe de saúde da família. Também foi elaborado um Projeto Terapêutico Singular (PTS) para a família de Rosa com a participação da equipe de saúde da Família, dos residentes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e profissionais do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família.

Depois de construir o PTS, as ações programadas foram colocadas em prática pela equipe multiprofissional, pelos parceiros e pela família. Esse PTS passou a ser monitorado e avaliado pela equipe de saúde da família.

Também foi elaborado o genograma e o ecomapa familiar de Rosa para a identificação e compreensão do desenvolvimento da Síndrome de Huntington em sua família, como mostrado pelas figuras a seguir:



**Figura 1 – Genograma da Família de Rosa.**



**Figura 2 – Ecomapa da Família de Rosa.**

Athayde e Gil (2005) afirmam que para que o genograma seja adotado em sua potencialidade, há necessidade de formação de algum grau de vínculo entre profissionais e famílias. Assim sendo, o seu uso estaria contribuindo, indiretamente, também com a formação de vínculos conforme propõe a estratégia Saúde da Família.

Já o ecomapa fornece para Equipe de Saúde da Família uma visão ampliada da família, desenhando a estrutura de sustentação e retratando a ligação entre a família e o mundo conectando as circunstâncias ao meio ambiente, também mostra o vínculo entre os membros da família e os recursos comunitários (MELLO ET AL, 2005).

Como outro resultado dessa intervenção, observa-se a realização de momentos de Educação Permanente sobre humanização e construção de vínculos, tomando por base a Política Nacional de Humanização no SUS (HumanizaSUS) por categoria e para todos os profissionais.

O resultado principal obtido com este trabalho foi o restabelecimento do vínculo entre a equipe de saúde da família e a família de Rosa, podendo, a partir daí, garantir que o acompanhamento dessa família, sobretudo dos filhos portadores da Síndrome de Huntington, seja completo, com ações da equipe multiprofissional para a conquista da autonomia dos membros da família e para a melhoria da qualidade de vida de todos.

O Vínculo amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Este espaço deve ser utilizado para a formação de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, pois não se estabelece vínculo sem que o paciente seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja (MONTEIRO ET AL, 2009).

### **Considerações Finais**

A manutenção do vínculo entre pacientes e a Equipe de Saúde da Família é essencial para a garantia da qualidade da assistência prestada à população, na busca da autonomia tanto dos profissionais de saúde como das pessoas acompanhadas pelas equipes.

O trabalho em saúde não é completamente controlável, pois se baseia em uma relação entre pessoas, em todas as fases de sua realização e, portanto, sempre está sujeito aos desígnios do trabalhador em seu espaço autônomo, privado, de concretização da prática.

Muito longe de ser uma “caixa vazia”, cada trabalhador e cada usuário tem idéias, valores e concepções acerca da saúde, do trabalho em saúde e de seus pequenos espaços de autonomia para agir como lhes parece correto, de acordo com seus valores e/ou interesses (Helman, 2003).

## Referências

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

ATHAYDE, E. S., GIL, C. R. R. **Possibilidades do uso do genograma no trabalho cotidiano dos médicos das Equipes de Saúde da Família de Londrina**. Revista Espaço para Saúde, Londrina, v.6, n.2, p.13-22, jun. 2005.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde e Doença**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

LUPPI, C.G. et. al. Atenção Primária à Saúde / Atenção Básica. In: IBAÑEZ, N. **Política e Gestão Pública em Saúde**. p 332-353. São Paulo: Hucitec Editora: Cealag, 2011.

MELLO, D. F. Genograma e Ecomapa: possibilidades de utilização na Estratégia Saúde da Família. Revista **Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, 2005. 15(1): p78-89.

MENDES, E.V. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MONTEIRO, M. M., FIGUEIREDO, V. P., MACHADO, M. F. A. S. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 43(2):3. p52-64. São Paulo, 2009.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

---

<sup>1</sup> Discente do Programa de Mestrado Profissional em saúde da Família. Universidade Estadual Vale do Acaraú. Email: meylgomes@yahoo.com.br;

<sup>2</sup> Discente do Programa de Mestrado Profissional em saúde da Família. Universidade Estadual Vale do Acaraú. Email: keilammc@hotmail.com;

<sup>3</sup> Discente do Programa de Mestrado Profissional em saúde da Família. Universidade Estadual Vale do Acaraú. Email: socorrinhoteixeira@yahoo.com.br;

<sup>4</sup> Discente do Programa de Mestrado Profissional em saúde da Família. Universidade Estadual Vale do Acaraú. Email: j.s32@hotmail.com

<sup>5</sup> Coorientador. Prof. Dr. Curso de Enfermagem. Universidade Estadual Vale do Acaraú. Email: cibellyaliny@yahoo.com.br;

<sup>6</sup> Orientador. Prof. Dr. Curso de Enfermagem. Universidade Estadual Vale do Acaraú. Email: izabellemonalverne@gmail.com.