



**Revista de APS**

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/index>



## **A utilização da abordagem familiar por residentes multiprofissionais em saúde: estudo de caso**

### **The use of the family approach by multiprofessional residents in health: case study**

Kelly Karina Fiomari<sup>1</sup>, Sabrina Silva Godoi<sup>2</sup>, Ana Laura Campoi<sup>3</sup>, Fernanda Carolina Camargo<sup>4</sup>, Isabel Aparecida Porcatti de Walsh<sup>5</sup>

#### **RESUMO**

Objetivou-se descrever o empreendimento da abordagem familiar, por meio de um trabalho interprofissional, em um centro de saúde escola na Atenção Básica à Saúde/Estratégia Saúde da Família. Trata-se de um estudo de caso descritivo sobre a abordagem familiar, utilizando-se como referencial teórico-metodológico o Modelo Calgary de Avaliação Familiar. Foram realizadas visitas domiciliares para engajamento, avaliação e intervenção, tendo em vista a abordagem da estrutura, desenvolvimento e funcionalidade da família. Foram empregados os instrumentos: Genograma e Ecomapa, Estágio de Ciclo de Vida Familiar e Apgar. Identificados como problemas crenças disfuncionais relacionadas ao cuidado da saúde; comunicação disfuncional entre os membros; ausência de referência de autoridade para os adolescentes; conflito importante entre os progenitores. O plano de intervenções foi composto por validação das demandas pelos membros da família; orientações técnicas sobre prevenção, promoção e recuperação da saúde e sobre comunicação assertiva, como a reflexão sobre os papéis exercidos no intuito de trabalhar a responsabilização dos progenitores. Acredita-se que a abordagem familiar executada por equipe multiprofissional se constitui como estratégia alternativa capaz de auxiliar na reversão do modelo hegemônico de saúde, fortalecendo a integralidade do cuidado na Atenção Básica preconizada pelo Sistema Único de Saúde.

<sup>1</sup> Psicóloga. Residente Multiprofissional em Saúde do Adulto da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. E-mail: [kkfiomari@hotmail.com](mailto:kkfiomari@hotmail.com)

<sup>2</sup> Nutricionista. Residente Multiprofissional em Saúde do Adulto da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

<sup>3</sup> Enfermeira. Residente Multiprofissional em Saúde do Adulto da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutora em Atenção à Saúde. Epidemiologista Clínica da Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

<sup>5</sup> Fisioterapeuta. Doutora em Fisioterapia pela Universidade Federal de São Carlos. Professora Associada I da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

**PALAVRAS-CHAVE:** Estratégia Saúde da Família. Internato e Residência. Relatos de Casos. Relações familiares.

## **ABSTRACT**

The purpose of this study was to describe the entrepreneurship approach through an interprofessional work in a school health center in the Basic Health Care / Family Health Strategy. This is a descriptive case study about the family approach, using as a theoretical-methodological reference the Calgary Family Assessment Model. Home visits were made for engagement, evaluation and intervention, in order to approach the structure, development and functionality of the family. The instruments were: Genogram and Ecomapa, Family Life Cycle Stage and Apgar. Identified as dysfunctional beliefs related to health care problems; dysfunctional communication between members; lack of reference authority for adolescents; conflict between parents. The intervention plan was composed of validation of the demands by the family members; guidelines on prevention, promotion and recovery of health and on assertive communication. As the reflection on the roles played in order to work on the accountability of the parents. It is believed that the family approach carried out by a multiprofessional team constitutes an alternative strategy capable of assisting in the reversal of the hegemonic model of health, strengthening the integrality of care in the Basic Attention advocated by the Unified Health System.

**KEYWORDS:** Family Health Strategy. Internship and Residence. Case Reports. Family relationships.

## **INTRODUÇÃO**

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil configura-se como uma política social universal orientada pela equidade e a integralidade da atenção. Entretanto, percebe-se a existência de aspectos a serem superados para efetividade desse sistema, visto que a organização de ações, em muito, ainda está focalizada em procedimentos médicos, a partir de uma visão biologicista do processo saúde-doença.<sup>1</sup>

O empreendimento de práticas de cuidado à saúde que valorizem o trabalho multiprofissional e interdisciplinar tem sido aspecto tão importante quanto crítico para sua implementação, por conseguinte, tem requerido transformações às ações e serviços no SUS, na contemporaneidade.<sup>1,2</sup>

Busca-se, portanto, a implementação de iniciativas que ampliem o escopo do modelo biomédico hegemônico, no qual tem sido predominante a recorrência de abordagens de pronta-consulta, limitadas à compreensão da doença orgânica, nas quais pouco são consideradas as relações sociofamiliares e do contexto territorial como condicionantes aos processos de adoecimento das populações.<sup>3,4</sup> Sobretudo, investir em ações para a reversão do modelo hegemônico condiz aproximar as práticas de saúde ao princípio da integralidade do cuidado no SUS.<sup>1-3</sup>

A integralidade do cuidado no SUS perfaz a composição dos serviços de diferentes complexidades assistenciais e densidades tecnológicas, por meio da estruturação de Redes de Atenção à Saúde. Nesta configuração, a Atenção Básica em Saúde/ Estratégia Saúde da Família (ABS/ESF) configura-se como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada dos usuários ao sistema, além de ser o centro de comunicação e responsabilização pela coordenação do cuidado em toda rede.<sup>3,5</sup>

Quanto à organização do trabalho cotidiano, pretende-se na Atenção Básica, orientada pela Estratégia Saúde da Família, que a assistência esteja ancorada em um processo de trabalho promotor de um cuidado ampliado à saúde, sendo a família – suas relações dinâmicas entre os indivíduos em sua composição, em seu contexto territorial – aqui território entendido como processo vivo epidemiológico e sociocultural, como a unidade a ser abordada.<sup>3-5</sup>

A família pode ser concebida como um sistema social organizado no qual os indivíduos se inter-relacionam em um espaço e tempo, produzindo e reproduzindo significados e práticas associadas ao processo saúde-doença, ou seja, o âmbito familiar é uma referência na determinação de práticas de cuidados à saúde dos diferentes grupos etários.<sup>4</sup>

Tais aspectos apontam para a importância da abordagem familiar como estratégia de investigação e intervenção, com o intuito de viabilizar o cuidado integral. Porém, ter a família como unidade de cuidados é mais do que ser favorável à participação de famílias no regime terapêutico. Requer a aquisição de competências e desenvolvimento de habilidades para que sejam alcançadas avaliações e intervenções potenciais a garantir a integralidade da assistência, o trabalho interdisciplinar e melhorias nas condições de vida e saúde desse sistema familiar.

A motivação para o desenvolvimento do presente estudo parte da essencialidade da formação para a abordagem familiar, que permita uma aproximação precoce das estruturas de ABS/ESF e dialogue com a complexidade dos cenários, a diversidade dos modos de vida das famílias e comunidades na manutenção de sua saúde, somada à necessidade de se orientar a formação para a abordagem familiar pela perspectiva da atuação interprofissional, sendo essa perspectiva caracterizada por uma interação de diferentes profissionais de saúde (duas ou mais profissões aprendendo com, de e sobre um ao outro para melhorar a colaboração e qualidade da atenção), com habilidades e conhecimentos necessários para qualificar a prestação de cuidado de saúde integral.<sup>6</sup>

Em geral, durante a última década, revisões sistemáticas abordando a formação interprofissional foram realizadas apontando para resultados quanto à mudança de atitudes, crenças, conhecimento dos profissionais convergindo em habilidades colaborativas em sua atuação.<sup>7,8</sup>

Considerando o contexto da ABS/ESF, investigações sobre atitude dos profissionais quanto a colaboração interprofissional, sensibilizando-os para atuar de modo diferente

do tradicional, precisam ser estimuladas<sup>6</sup>, uma vez que apesar de ser consistente entre os profissionais de saúde a concepção de as condições familiares interferirem no processo saúde-doença, faltam estudos sobre o trabalho dos profissionais da ABS/ESF com famílias, de modo a evidenciar como se verifica na prática cotidiana desses profissionais a abordagem familiar.<sup>9</sup>

Desse modo, este estudo é direcionado pelo seguinte questionamento: como orientar a abordagem familiar pelo trabalho interprofissional para produção de cuidados na ABS/ESF? Diante do exposto, constitui-se como objetivo do estudo: descrever empreendimento da abordagem familiar na ABS/ESF, por meio de um trabalho interprofissional, em um centro de saúde escola.

## MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa desenvolvida na perspectiva do estudo de caso comparado descritivo. O método de estudo de caso propõe examinar acontecimentos contemporâneos, relacionados a fenômenos sociais complexos. Conta com técnicas usualmente utilizadas tais como observação direta, série sistemática de entrevista e análise de dados objetivos sendo propícios a responder a questões de pesquisas que permeiam o “como” ou o “porquê” de determinado evento.<sup>10</sup>

De acordo com a metodologia proposta, há de se atentar para o fato de que o *locus* do estudo não é o objeto, em si, do estudo. Ao invés da limitação *a priori* do caso, a abordagem do estudo de caso comparado vem a apresentar acompanhamentos interativos entre um contingente de fatores, atores e características relevantes para a compreensão e enxergá-lo em termos de pessoas, situações, eventos e os processos que os conectam.<sup>10,11</sup>

Ao se limitarem as visões tendenciosas para influenciar o significado de descobertas ou conclusões alcançadas pelo empreendimento do estudo de caso como metodologia de pesquisa, enquanto um viés ou evidência equivocada, foram adotados previamente proposições teóricas para conduzir a coleta e a análise dos dados, conquanto a qualidade do estudo de caso apresenta-se pela validade do constructo (detalhamento das fontes múltiplas de evidências, estabelecimento do encadeamento delas), validade interna (adequação ao padrão teórico proposto e das análises empreendidas) e a confiabilidade (relaciona-se ao protocolo estruturado da pesquisa e a consistência do banco de dados).<sup>10,11</sup>

Como contexto da experiência, partiu da atuação da área de concentração Saúde do Adulto do Programa de Pós-Graduação *lato sensu* - Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Esse programa de residência considera a formação interprofissional, ao apresentar em seu projeto político pedagógico atributos para a excelência ao cuidado

integral e humanizado em saúde, mobilização social, gestão, organização do trabalho e educação em saúde, para melhoria da qualidade de vida, com intuito de formar profissionais: assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, biomédicos e profissionais da educação física.

O cenário foi uma unidade de apoio a seis equipes de saúde da família – centro de saúde escola, onde os integrantes do programa de residência multiprofissional exercem atividades junto ABS/ESF para o cuidado continuado. O centro de saúde escola apresenta uma abrangência de cobertura de aproximadamente 5.600 famílias, em diferentes condições de vulnerabilidade sócio-epidemiológica.

Para a presente pesquisa foi empreendido estudo de um caso único: a família acompanhada pelos residentes do programa multiprofissional, incorporado por unidades múltiplas de análise. E as subunidades de análise relacionaram-se com a caracterização do contexto familiar e o projeto terapêutico elaborado a partir da abordagem familiar. Utilizou-se como referencial teórico-metodológico o Modelo Calgary de Avaliação familiar, que permite avaliar a família numa perspectiva multidimensional e ecossistêmica, considerando as dimensões de avaliação: estrutura, desenvolvimento e funcionalidade familiar.<sup>12</sup>

Na caracterização do contexto familiar, foram empregados para a coleta de dados: Genograma Familiar, Ecomapa, Estágios do Ciclo de Vida Familiar e o Apgar. A avaliação da estrutura familiar considerou o Genograma e o Ecomapa. O Genograma consiste na representação gráfica de informações sobre a família e, à medida que vai sendo construído, por meio de símbolos padronizados, evidencia a dinâmica familiar e as relações entre seus membros.<sup>12,13</sup> O Ecomapa é um diagrama das relações entre a família e a comunidade que ajuda a avaliar os apoios e suportes disponíveis e sua utilização pela família.<sup>12,13</sup>

Quanto ao desenvolvimento familiar, foi utilizado o Estágio de Ciclo de Vida Familiar, que é dividido em oito fases de desenvolvimento, nas quais há a caracterização de papéis e tarefas específicas, apesar de não ser imperativo que cada família perpassasse por todo o ciclo e em sequência. Os estágios são agrupados da seguinte forma: estágio I – fase em que se inicia a vida a dois; estágio II – período em que as famílias têm filhos pequenos; estágio III – são as famílias com pré-escolares; estágio IV – famílias com filhos em idade escolar; estágio V – famílias com adolescentes; estágio VI – famílias como centro de partida; estágio VII – casais de meia idade; e estágio VIII – famílias na terceira idade.<sup>12</sup>

A funcionalidade familiar foi avaliada pelo Apgar de Família em sua versão brasileira<sup>14</sup>, conforme acrônimo *Adaptation* (Adaptação), *Partneship* (Participação), *Growth* (Crescimento), *Affection* (Afeição) e *Resolve* (Resolução). Composto por cinco questões, para cada pergunta, deve ser pontuado da seguinte forma: quase sempre, 2 pontos; às vezes, 1 ponto; e raramente, zero. A forma de pontuação para a ferramenta

APGAR considera: 7 a 10 pontos, altamente funcional; 4 a 6 pontos, moderadamente funcional; 0 a 3 pontos, severamente disfuncional.<sup>14</sup>

A família abordada foi incluída no estudo por identificação, a partir da demanda apresentada aos residentes por uma das equipes de saúde de abrangência do centro de saúde escola, apontada como uma família de “difícil” manejo entre a sua equipe de saúde da família de referência. A coleta de dados foi realizada por residentes multiprofissionais, por meio de entrevistas no domicílio onde a família reside, juntamente com a Agente Comunitária de Saúde responsável.

Para a composição do estudo de caso comparado, as entrevistas foram organizadas da seguinte forma: engajamento - construção de vínculos junto a família; avaliação familiar em si - aplicação dos instrumentos para explorar e identificar demandas; intervenção - construção do Projeto Terapêutico Singular com plano de cuidados por meio de discussão coletiva dos residentes e preceptora do programa (profissional com especialização em famílias e experiência prática na abordagem familiar).

Foram realizadas cinco visitas domiciliares, uma por semana, com duração de aproximadamente 60 a 90 minutos, no período de 22/03/2018 a 26/04/2018. As entrevistas foram registradas em caderno de campo. Os resultados foram apresentados de forma discursiva frente à descrição do caso e foram utilizados elementos gráficos quanto ao Genograma, Ecomapa e relações de vínculos.

Em relação aos aspectos éticos, os nomes dos integrantes da família foram substituídos por nomes fictícios para minimizar constrangimentos associados à exposição. O estudo respeitou a resolução CNS 466/2012, sendo esta pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, em 2017, sob o parecer nº 2.427.323. Os dados foram coletados após assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido pelos participantes.

## **RESULTADOS**

A descrição dos resultados contemplou: a identificação da família, a descrição do contexto familiar, a apresentação dos resultados dos instrumentos de avaliação familiar aplicados, o levantamento de problemas e as principais ações que integraram o Projeto Terapêutico Singular.

### **Identificação da unidade familiar**

A família abordada reside em um bairro urbano de Uberaba-MG. É cadastrada e assistida por uma Unidade Básica de Saúde/Estratégia Saúde da Família (ESF), composta por nove membros, organizados em cinco núcleos familiares, representados por: Letícia (25 anos) com os filhos Clara (3 anos) e Júlio (2 anos); Leandra (23 anos) e seu filho Breno (3 anos); Lara

(21 anos); Leonardo (16 anos) e namorada Janaína (18 anos); e Larissa (14 anos). Estes convivem no mesmo terreno, porém cada núcleo possui um cômodo com quarto e banheiro, tendo em comum a cozinha e a varanda. Os pais, Lucas (47 anos) e Zélia (47 anos), são separados há sete anos e não residem com os filhos. O pai fica na casa dos filhos durante o dia e dorme na casa da namorada Rose. Zélia (mãe) mora sozinha e visita os filhos frequentemente.

### **Contexto familiar**

A família apresenta um vínculo fragilizado com a rede básica de saúde, uma vez que busca o serviço em situações emergenciais, com foco curativo. Em novembro de 2017, Letícia e Lara sofreram um grave acidente automobilístico, demandando intervenções cirúrgicas e cuidados intensivos. Atualmente, apresentam prejuízos físicos, sociais e emocionais que impactam nas atividades de vida diária.

Em função da demanda citada, a agente comunitária de saúde da área considerou pertinente a atuação da equipe multiprofissional, por meio da abordagem familiar.

Apesar de morarem no mesmo terreno, observa-se que os irmãos permanecem em seu ambiente a maior parte do tempo. Cada membro tem responsabilidade no cuidado com seu espaço, porém nos ambientes compartilhados não há planejamento e divisão de tarefas, o que em alguns momentos gera conflitos interpessoais.

Em relação às despesas domésticas, Lucas (pai) é responsável pela alimentação e prestação do imóvel. As despesas dos filhos adolescentes são pagas por Zélia (mãe) e os valores referentes a água, energia e internet são divididos entre as outras irmãs (Lara, Letícia e Leandra).

Lucas é vigilante e Zélia cabeleireira. Letícia tem uma lanchonete na varanda de casa que funciona diariamente. Lara recebe auxílio-doença em função do acidente. Leandra é autônoma (maquiadora e árbitra de futebol). Leonardo e Larissa cursam o ensino médio e fundamental, respectivamente, e fazem curso na FETI (Fundação de Ensino Técnico Intensivo). As crianças (Clara, Júlio e Breno) frequentam o Centro Municipal de Educação Infantil (CEMEI), em período integral.

Zélia justifica sua ausência no ambiente familiar em função do quadro de depressão vivenciado há três anos. Relata que iniciou reaproximação da família (filhos), após o acidente automobilístico de Letícia e Lara, situação que demandou seus cuidados e atenção, o que promoveu um “despertar” frente ao seu quadro depressivo.

Há estruturas rígidas machistas, em relação ao gênero, apresentadas pelas falas de Lucas. Ao mesmo tempo, desempenha o papel de provedor e apresenta comportamentos de proteção em relação à sua prole. Lucas verbaliza satisfação relacionada à presença dos filhos no mesmo ambiente e busca promover melhorias estruturais (reformas) que ofertam conforto aos mesmos. Alguns membros da família estudam a doutrina espírita, porém não frequentam nenhuma instituição religiosa. Observa-se uma repetição com relação às separações conjugais,



haja vista que as três filhas mais velhas estão separadas dos companheiros, assim como seus pais. Outro padrão de repetição observado relaciona-se à permanência dos filhos com a figura paterna, vivenciada por Leandra e Lara. Leandra tem três filhos: Breno, do primeiro relacionamento, que reside com a mesma, e o casal de gêmeos, Cléo e Bento, do segundo relacionamento, que moram com o pai. Lara tem um filho, Vitor, que foi morar com o pai, após o acidente. Entretanto, mantém relação próxima com o filho, que frequenta a casa rotineiramente. Lara tem dificuldade de se expressar de maneira assertiva, apresentando comportamento de impulsividade e agressividade no contexto familiar. Os adolescentes não verbalizam o que pensam e o que sentem com nenhum membro da família.

Observa-se que há divergência de pensamentos entre Lucas e Zélia referentes a questões que envolvem os filhos. Os problemas familiares não são resolvidos de maneira compartilhada, sendo pensados de forma pontual e em situações de emergência.

Quanto às relações estabelecidas pelas informantes-chaves com os equipamentos da comunidade, Lucas atua como vigilante em uma empresa há vinte e um anos, estabelecendo um vínculo forte com o trabalho. Tem como lazer narrar futebol e frequentar o clube (vínculo moderado).

Zélia apresenta um vínculo forte com o trabalho (salão de beleza) e frequenta esporadicamente o Centro Espírita. Relata que sempre gostou de dançar e atualmente está restabelecendo o vínculo com a dança.

Letícia costuma sair aos finais de semana com os amigos, evidenciando vínculo forte com os mesmos. Devido às limitações físicas decorrentes do acidente, realiza fisioterapia no centro de reabilitação. Atualmente, está retomando as suas atividades com a lanchonete, sendo auxiliada pelas irmãs.

Lara demonstra vínculo moderado com o fisioterapeuta que realiza as intervenções em domicílio. Relata que não gosta de sair de casa e que não tem amigos. Permanece a maior parte do tempo no seu cômodo e frequenta o supermercado com a mãe. Observam-se comportamentos de insegurança associados aos prejuízos físicos decorrentes do acidente que impactam a autonomia.

### **Instrumentos de avaliação familiar aplicados**

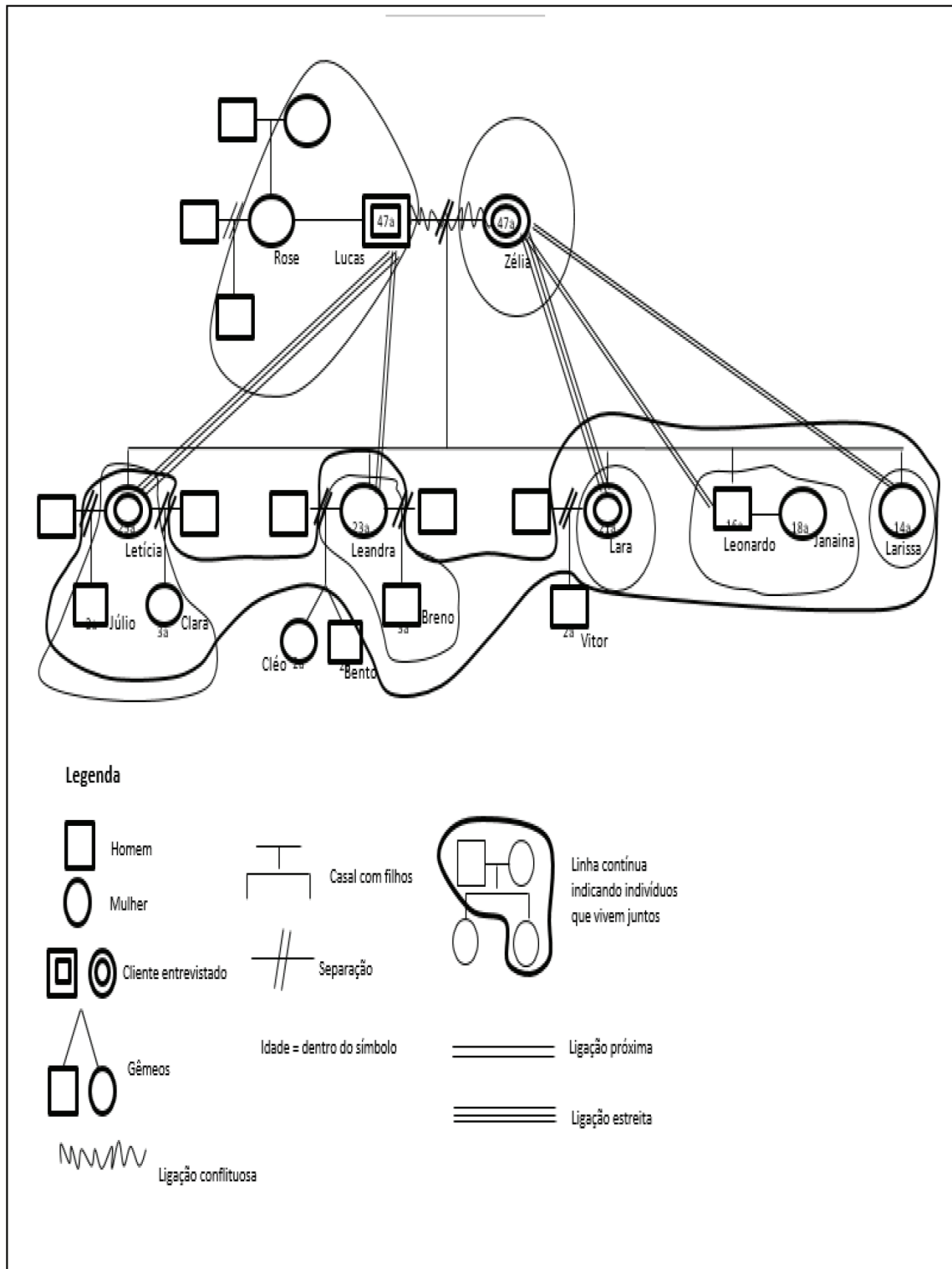
De acordo com o referencial teórico metodológico proposto, a aplicação dos instrumentos de avaliação familiar permitiu o reconhecimento sistêmico e ampliado. Foram compreendidas as demandas de saúde conforme a estrutura, o desenvolvimento e a funcionalidade familiar. São eles:

- Escala de Apgar – moderadamente funcional (6);
- Estágio do Ciclo de Vida Familiar – Família com filhos pequenos e com adolescentes;
- Genograma (Figura 1);



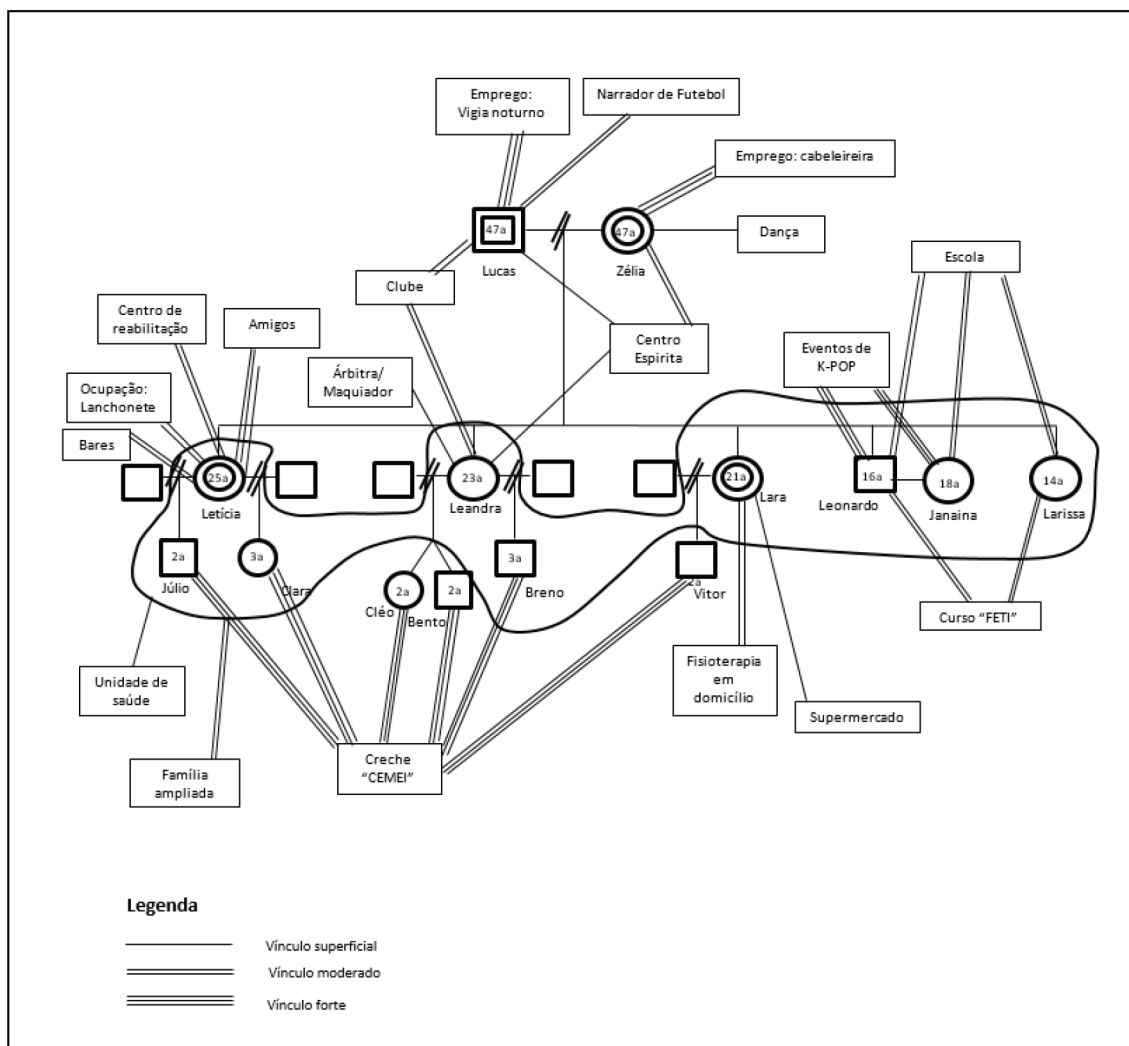
- Ecomapa (Figura 2).

**Figura 1** – Representação Gráfica do Genograma da Família unidade de análise do estudo de Caso. Uberaba, Minas Gerais. 2018



Fonte: elaborado pelos autores

**Figura 2** – Representação gráfica do Ecomapa da Família unidade de análise do estudo de Caso. Uberaba, Minas Gerais. 2018



Fonte: elaborado pelos autores

### Problemas identificados

Em sequência, foram identificados os seguintes problemas:

- Os adolescentes não possuem referência para compartilhar/discutir questões relacionadas à sexualidade, escolaridade e problemas vivenciados no cotidiano, já que apresentam comportamentos de isolamento dentro do contexto familiar;
- Todos os membros apresentam crenças disfuncionais em relação à importância do acompanhamento do estado de saúde (promoção e prevenção de saúde);
- Os progenitores demonstram dificuldades para estabelecer relacionamento harmonioso;
- A família apresenta comunicação disfuncional;

- Lara possui dificuldade de expressar sentimentos e emoções que impactam nas relações familiares. A mesma ainda espera que os membros da família façam as atividades por ela.

### **Projeto Terapêutico Singular**

Quanto ao Projeto Terapêutico Singular, a própria iniciativa em conduzir o processo de abordagem familiar preocupa-se com o envolvimento dos membros da família para engajar-se na compreensão das dimensões avaliadas. Sendo assim, a própria abordagem familiar convida os membros da família a refletirem sobre seus processos, o que se caracteriza uma como ação de intervenção propositiva à construção de novos arranjos mais solidários entre os membros envolvidos.

A proposição de uma estrutura clara para a entrevista, a fim de reduzir ansiedades e ampliar os engajamentos, foi outra intervenção apresentada, uma vez que, em geral, para a família abordada, pode passar incertezas quanto a não saber como se comportar frente a essa situação – a abordagem familiar. Ainda, esta foi iniciada pelo reconhecimento dos aspectos estruturais da família, sobre os quais usualmente as pessoas sentem-se mais confortáveis em falar.

Além disso, a identificação de soluções possíveis, adequadas e aceitas pela família, o retorno sobre as forças existentes, bem como pedir a opinião dos membros sobre qual assunto eles notavam ser o mais importante para ser explorado com profundidade, foram iniciativas potenciais para a ordenação do plano de intervenções. De forma geral, os problemas identificados pela equipe multiprofissional foram apresentados à família para validação e posterior pactuação das seguintes intervenções:

- Reforçar/valorizar o comportamento de aproximação de Zélia (mãe);
- Pactuar estratégias que simbolizem a aproximação sugerindo realização de atividades prazerosas em conjunto (sair para comer, jogos interativos);
- Realizar orientação relacionada à fase da adolescência e sobre a importância de ter referências e suporte emocional e social;
- Sensibilizar por meio de orientações técnicas relacionadas a promoção e prevenção de saúde tanto para as crianças (imunização, crescimento e desenvolvimento), adolescentes (orientações sobre sexualidade) e adultos (questões reprodutivas e exames preventivos em geral);
- Apresentar os serviços ofertados pela equipe de saúde e centro de saúde escola;
- Oferecer orientação técnica baseada no reforço dos papéis em comum (pais e avós) enquanto potência dentro da família;
- Viabilizar a reflexão sobre esses papéis, apesar das mágoas e ressentimentos;
- Executar orientação técnica sobre comunicação assertiva;

- Pactuar visita domiciliar com o profissional da fisioterapia para avaliação e possível estimulação da execução das tarefas de rotina de Lara.

## DISCUSSÃO

Em convergência à análise do caso estudado, tem sido apontado que a abordagem familiar permite a identificação de conflitos, percepção do processo de saúde e doença, da rede de suporte (recursos materiais e emocionais), além de viabilizar o reconhecimento das forças da família e dos pontos críticos a serem minimizados, por meio de planos de intervenção.<sup>15-17</sup>

Tem sido comum, em produções nacionais, a utilização da abordagem familiar para avaliar o apoio da família a doentes crônicos ou famílias com idosos que necessitam de cuidados aproximados. Discute-se a vivência de uma série de mudanças pessoais e familiares, salientando que dependendo da gravidade da doença, é necessário que sejam feitas alterações na forma de viver da família.<sup>15-18</sup>

Essa realidade se diferencia do presente estudo de caso, quando a família abordada apresenta como situação crítica a funcionalidade mediante os vínculos e papéis de seus componentes, fato esse que acarreta ineditismo ao presente estudo de caso, quando a situação crítica abordada não se relacionou a demandas de agravos em saúde e sim a uma situação singular quanto ao manejo de disfunção familiar relacionada aos papéis, forças dos vínculos afetivos e a comunicação entre os membros.

Mediante essas circunstâncias, as entrevistas para abordagem familiar têm sido motivadas por alguma informação relacionada à família fornecida por membros da equipe, indicativas de conflito interpessoal entre os membros da família ou entre família e equipe de saúde.<sup>19,20</sup> Realidade essa que convergiu ao presente estudo de caso, quando a família abordada foi indicada pela equipe da ESF do centro de saúde escola por ser identificada como de difícil manejo.

Práticas como empreender a escuta reflexiva, o questionar e a dialogia são instrumentalizações que marcam o cotidiano de trabalho junto às famílias. O reconhecimento das necessidades ampliadas de saúde das famílias, o compromisso e o vínculo estimulam práticas mais integradas, marcadas pela intersetorialidade e interdisciplinaridade, sinalizando a potencialidade para reconfiguração do modelo de atenção, aproximando-se a integralidade do cuidado.<sup>1-3</sup>

Pode ser observado que explicar o motivo da abordagem familiar, validar e normalizar as respostas emocionais, oferecer informações que as famílias necessitam e elogiar os pontos fortes das famílias têm sido iniciativas frequentemente empreendidas durante a abordagem familiar<sup>20,21</sup>, fatos esses também ocorridos no conjunto de iniciativas empreendidas pelos residentes no Projeto Terapêutico Singular. Em muito, o Projeto Terapêutico Singular é concebido por uma perspectiva plural de saberes válidos

e normatividades de natureza não tecnicista.<sup>22</sup>

Implica a adoção da cooperação entre os atores imersos com o contexto. Como meio estratégico, abre-se um caminho para uma interpretação menos presa a uma racionalidade tecnicista, frente à possibilidade de elaboração de um projeto solidário – projeto terapêutico singular, entendido como desafio permanente da interação horizontalizada entre equipe de saúde e a autonomia das famílias assistidas.<sup>22</sup>

Doravante, para cuidar de famílias na prática clínica, frente à atuação interprofissional, é necessária a aquisição de habilidades específicas, em especial quando se trata de um grupo de residentes, novatos frente a habilidades de entrevista, abordagem e elaboração de intervenções contextualizadas e que visem à integralidade do cuidado.<sup>20,23</sup>

Nesse sentido, a literatura revela que a aquisição de habilidades no trabalho com famílias é potencializada por um processo que exige a associação da teoria sobre os conceitos de família com a prática, requer a supervisão e apoio de um profissional experiente no assunto e necessita da devolutiva sobre as ações realizadas, que por sua vez propicie reflexão e consolide as habilidades adquiridas.<sup>20,23</sup> Para o grupo de residentes desenvolver a abordagem familiar, houve apoio de preceptoria qualificada na temática.

Considera-se que a educação interprofissional é uma atividade que deve oferecer oportunidades para aprendizado em conjunto para desenvolver atributos e habilidades necessárias em um trabalho coletivo, a fim de se contemplar uma formação que considera a complexidade e natureza multifacetada da saúde, superando obstáculos ao acesso a serviços de saúde universais e a integralidade do cuidado.<sup>24,25</sup>

A limitação do estudo relaciona-se à metodologia empreendida, pois os estudos de caso são generalizáveis a proposições teóricas, e não a populações ou universos. São generalizações analíticas, visando estabelecer ou esclarecer um conjunto de decisões frente ao motivo pelo qual foram adotadas, como foram implementadas e com quais resultados. Doravante, o presente estudo de caso, potencialmente, contribui ao incremento da produção científica para evidenciar como tem sido na prática cotidiana da ABS/ESF a aplicação da abordagem familiar, podendo o método analítico ser reproduzido a contextos similares.

## **CONCLUSÃO**

Diante aos desafios contemporâneos para a reversão do modelo hegemônico em saúde no SUS, considerando a necessária implementação de práticas que se orientem pela integralidade do cuidado na ABS/ESF, o estudo de caso apresenta-se como uma iniciativa alternativa para intervenções no contexto familiar.

O caso apresentado ganha destaque ao relatar uma abordagem frente a uma situação de disfunção familiar, e não a situações clínicas ou agravos em saúde que impactam sobre a família – fato mais recorrente nas produções nacionais.

Apesar de limitações quanto ao método, que permite apenas generalizações analíticas, o caso potencialmente contribuiu para evidenciar como orientar a abordagem familiar pelo trabalho interprofissional para produção de cuidados na ABS/ESF, contribuindo para o incremento de produções científicas que discutam a formação interprofissional forma a dialogar com a complexidade do trabalho na ABS/ESF.

É necessário o acompanhamento da unidade familiar estudada quanto à implementação do Projeto Terapêutico e resguardar o fornecimento de suporte emocional para apoiar as mudanças e, ainda, implementar estratégias para a transferência das evidências identificadas neste estudo de caso à equipe de saúde da família de referência desta unidade familiar.

Orienta-se o empreendimento de pesquisas futuras que avaliem o impacto dessa intervenção junto à unidade familiar estudada, as dificuldades identificadas pelos residentes no empreendimento da abordagem familiar conforme o referencial do Modelo Calgary e a percepção deles quanto ao recurso utilizado, “estudo de caso sobre abordagem familiar”, como estratégia de aprendizado baseado na prática.

## REFERÊNCIAS

1. Santos DS, Mishima SM, Merhy, EE. Processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para a reconfiguração do modelo de atenção. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2018 [citado em 2018 mar 28]; 23(3):861-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n3/1413-8123-csc-23-03-0861.pdf>.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Documento orientador de apoio aos debates da 15ª Conferência Nacional de Saúde [Internet]. 2015 maio [citado em 2015 ago 7]. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/web\\_15cns/docs/05mai15\\_Documento\\_Orientador\\_15CNS.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_15cns/docs/05mai15_Documento_Orientador_15CNS.pdf).
3. Angeli SL, Casotti CA, Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2013; 18(1):221-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/23.pdf>.
4. Pareja JMD, Guerra FF, Vieira SR, Teixeira KMD. A produção do espaço e sua relação no processo de saúde – doença familiar. *Saúde Soc* [Internet]. 2016 [citado em 2018 mar 28]; 25(1):133-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n1/1984-0470-sausoc-25-01-00133.pdf>.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017

[citado em: 2018 abr 10]. Disponível em: <http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>.

6. Silva CT, Terra MG, Kruse MHL, Camponogara S, Xavier MS. Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2016; 25(1):e2760014.
7. Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S, Barr H. A best evidence systematic review of interprofessional education. *Med Teacher*. 2007; 29(8):735-51.
8. Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M, et al. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2008 [citado em 2018 abr 10]; (1):CD002213. Disponível em: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002213.pub2/epdf>.
9. Silva MCLSR, Silva L, Bousso RS. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(5):1250-5.
10. Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman; 2015.
11. Bartlett L, Vavrus F. Estudos de caso comparado. *Educ Real*. 2017; 42(3):899-920.
12. Wright, LM. *Enfermeiras e famílias. Um guia para avaliação e intervenção na família*. São Paulo: Rocca; 2008.
13. Nascimento LC, Rocha SMM, Hayes VE. Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica. *Texto Contexto Enferm*. 2005; 14(2):280-6.
14. Silva MF, Victor JF, Mota FR, Soares ES, Leite BM, Oliveira ET. Analysis of psychometric properties of family APGAR with elderly in northeast Brazil. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2014; 18(3):527-32.
15. Santos JAD, Cunha ND, Brito SMS, Brasil CHG. Ferramenta de abordagem familiar na atenção básica: um relato de caso. *J Health Sci Inst*. 2016; 34(4):249-52.
16. Alves AP, Lima CMS, Rocha WNF, Borges CFN, Silva DP, Brasil CHG, et al. Ferramentas de abordagem familiar na Estratégia Saúde da Família: relato de caso da Equipe Vila Greyce em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *EFDeportes.com*. 2015; 19(202):1-8.
17. Cecilio HPM, Santos KS, Marcon SS. Modelo Calgary de avaliação da família: experiência em um projeto de extensão. *Cogitare Enferm*. 2014; 19(3):536-44.
18. Santos AL, Cecilio HPM, Teston EF, Marcon SS. Conhecendo a funcionalidade familiar sob a ótica do doente crônico. *Texto Contexto Enferm*. 2012;21(4):879-86.
19. Santos A, Oliveira J, Oliveira B, Medeiros S. Quando a família é a principal doença. *Rev Port Med Geral Fam*. [Internet]. 2013 [citado em 2018 abr 19];



(29)3:120-5. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S218251732013000200008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S218251732013000200008&lng=pt&nrm=iso).

20. Santos LG, Cruz AC, Mekitarian FFP, Angelo M. Family interview guide: strategy to develop skills in novice nurses. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [citado em 2018 abr 19]; 70(6):1129-36. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n6/pt\\_0034-7167-reben-70-06-1129.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n6/pt_0034-7167-reben-70-06-1129.pdf).
21. Angelo M, Cruz AC. Autoeficácia do enfermeiro para o relacionamento com a família. *Rev Ref*. 2015; 3(IV):151-5.
22. Ayres, JRC. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2001; (6)7:63-72.
23. Duhamel F, Dupuis F, Turcotte A, Martinez AM, Goudreau J. Integrating the Illness Beliefs Model in clinical practice: a Family Systems Nursing knowledge utilization model. *J Fam Nurs*. [Internet]. 2015 [citado em: 2016 out 15]; 21(2):322-48. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1074840715579404>.
24. Reeves S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):185-96.
25. Mikael SSE, Cassiani SHDB, Silva FAM. The PAHO/WHO Regional Network of Interprofessional Health Education. *Rev Latinoam Enferm*. 2017; 25:e2866.

Submissão: maio de 2018.

Aprovação: outubro de 2020.