Relato de caso

Quando o problema está na Família

por Cátia Silva[1], Sandrina Costa[2], Ricardo Ribeiro[3]
1. Interna de Medicina Geral e Familiar na USF Bracara Augusta, ACeS Cavado I - Braga
2. Interna de Medicina Geral e Familiar na USF Bracara Augusta, ACeS Cavado I - Braga
3. Interno de Medicina Geral e Familiar na USF Bracara Augusta, ACeS Cavado I - Braga

RESUMO

Introdução: A Família influencia e é influenciada pela saúde dos seus elementos. Grande parte dos problemas/sintomas que os utentes apresentam ao Médico de Família não poderão ser totalmente compreendidos quando se desconhece o contexto pessoal, familiar e social em que se insere o utente.

Descrição do caso: Mulher, 40 anos, casada, desempregada, com antecedentes patológicos de asma de difícil controlo, obesidade, insuficiência venosa crónica, pertencente a uma família nuclear, na fase V do ciclo de vida de Duvall, classe IV de Graffar (média baixa).

Perante a sobreutilização da consulta, a dúvida do cumprimento terapêutico e a situação de insuficiência económica, foram aplicados os instrumentos de avaliação familiar.

Identificou-se uma família com disfunção moderada e com um risco moderado de patologia.

Foram identificados os restantes elementos da família, não utilizadores de consulta médica, dos quais se destacou o marido da utente, pelas suas patologias crónicas sem acompanhamento clínico desde há cerca de 10 anos.

Comentário: Na atividade do Médico de Família, há sinais que o podem alertar para problemas que se relacionem com a dinâmica familiar e interferem com saúde dos seus elementos.

A exploração e conhecimento deste contexto permite ao médico avaliar as limitações dos utentes e suas famílias, suas possibilidades e recursos em caso de doença, permitindo uma melhor adequação às terapêuticas recomendadas e o estabelecimento/reforço de uma relação empática.

Palavras-chave: Família, relações familiares, Médico de Família, Relação profissional-família

INTRODUÇÃO

Em Medicina Geral e Familiar (MGF) é impossível dissociar o exercício médico de um conjunto de conhecimentos, aptidões e atitudes, dirigidas ao bem-estar da pessoa enquanto indivíduo, interligando-o ao seu contexto familiar e social. A "Família" é uma referência na organização da prática médica, podendo ter um papel na etiologia e manutenção dos padrões de saúde, de doença e de comportamento.

Uma boa parte dos problemas que se apresentam ao MF não poderão ser totalmente compreendidos quando se desconhece o contexto pessoal, familiar e social em que se insere o utente, designada de abordagem holística. A abordagem familiar pode contribuir para a discussão de planos terapêuticos, com conhecimento dos apoios e conflitos existentes.[1]

São vários os critérios descritos que suscitam a necessidade de aplicar os diferentes métodos de abordagem familiar na prática clínica. Eles devem ser aplicados a todos os utentes mas, nem sempre é possível, sendo aplicados quando existem dúvidas diagnósticas ou terapêuticas.

Dos métodos de abordagem existentes, o Genograma é dos mais completos, por permitir, de forma rápida, a esquematização e revisão dos antecedentes patológicos (pessoais e familiares), padrões de repetição e estrutura familiar. Este pode ser complementado com a inclusão da avaliação que o utente faz à qualidade das relações (Psicofigura de Mitchell), identificando-se por vezes o elemento com maior influência para o utente.

Através da realização de ambos passou a acompanhar-se uma família com disfunção moderada, com elementos com patologias crónicas sem acompanhamento clínico.

DESCRIÇÃO DO CASO

MASG, mulher, 40 anos, casada, desempregada desde há 3 anos, com antecedentes de asma de difícil controlo, obesidade grau II, insuficiência venosa crónica, Índice Obstétrico: VGVP, com registos de 1 a 2 consulta mensais, sendo uma delas para emissão de certificado de incapacidade temporária para o trabalho, desde há 2 anos. Além das consultas com o Médico de Família (MF), era seguida regularmente em consulta de Pneumologia. Numa das consultas com o MF, mostrou-se preocupada com a sua situação clínica e situação socioeconómica. Tendo em conta a sobreutilização da consulta, as múltiplas patologias, a dúvida de cumprimento terapêutico e a alteração da condição socioeconómica, foram aplicados os instrumentos de avaliação familiar.

Abordagem Familiar: Tratava-se de uma família nuclear, fase V do ciclo de vida de Duvall, classe IV de Graffar (média baixa).[2] O Genograma familiar e Psicofigura de Mitchell estão representados na figura 1.[3]

Identificou-se uma família com disfunção moderada (APGAR familiar de Smilkstein: 6), e com um risco moderado de patologia (risco familiar de Segovia-Dreyer: 5, e escala de Holmes and Rahe: 149).[3-6]

Foram identificados os restantes elementos da família, não utilizadores da consulta, sendo que o marido, desempregado, com múltiplas patologias, parcialmente dependente, recusava-se a sair de casa, referindo não ter acompanhamento médico desde há cerca de 10 anos.

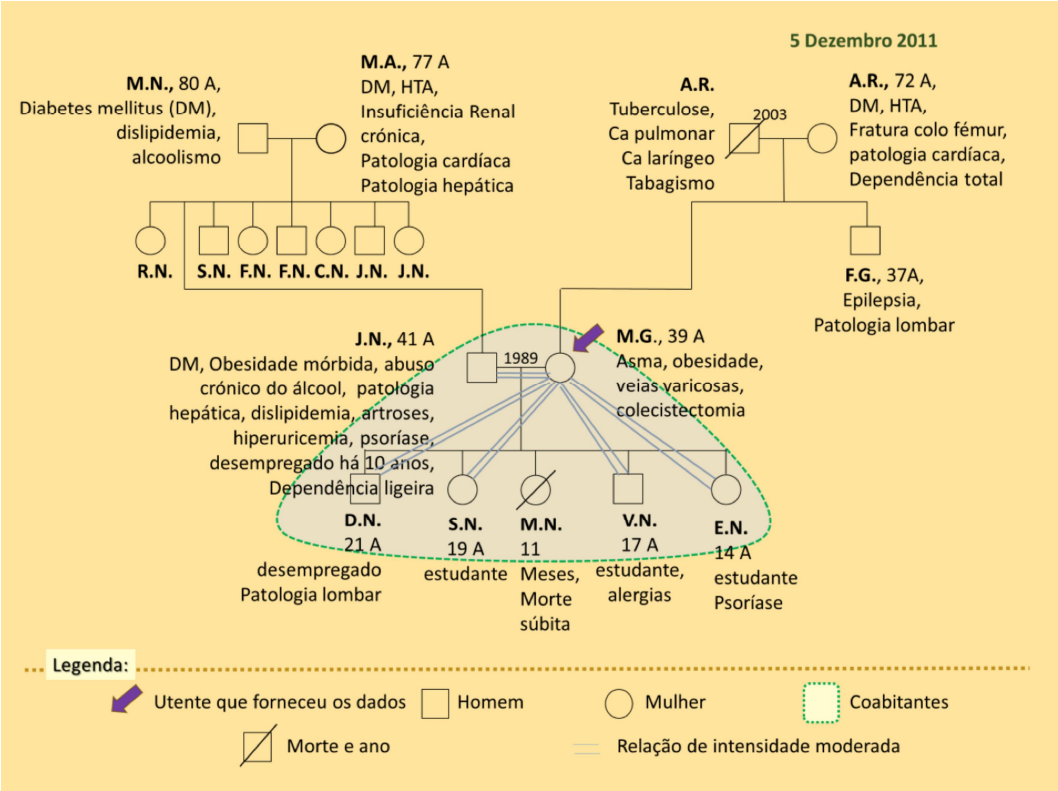

Figura 1. Genograma familiar e psicofigura de Mitchell da família.
(A - Anos, DM – Diabetes mellitus, HTA – Hipertensão arterial, Ca – neoplasia maligna)

De modo a melhor compreender os fatores desencadeantes e perpetuantes dos problemas que foram surgindo, foi construída a linha de vida de Medalie, (figura 2). Na interpretação da mesma, parece haver um efeito "bola de neve" na sucessão de patologias que foram surgindo nos elementos parentais. Em relação aos filhos, foram referidas patologias crónicas com agudizações frequentes.

Orientação da utente: A utente referiu não cumprir terapêutica, por dificuldades económicas. Referia que já tinha pedido apoio na segurança social mas que era difícil uma vez que o" marido não trabalhava e, eram tantos papéis, que nem preenchi" (sic).
Mantinha consulta em Pneumologia, e estaria a aguardar tratamento com terapêutica em estudo fase III, para Asma. Foi aconselhada a referir esta dificuldade económica e a má adesão à terapêutica, na próxima consulta com o colega de Pneumologia.
Mostrava-se preocupada pela incapacidade laboral, pelas dificuldades económicas e pela necessidade dos filhos trabalharem para os apoiar. Nesta altura, considerou-se cumprir critérios DSM-IV para Síndrome Depressivo , e foi iniciada Fluoxetina 20mg/dia.
Fez pedido de reforma, que lhe foi concedido, mas "o valor é muito baixo" (sic).
Foi pedido o apoio de Assistente Social do ACeS, que a utente, apesar de ter faltado, numa primeira vez, acabou por recorrer.

Avaliação e Orientação do marido: A utente referiu que o marido estava desempregado e não saía de casa, desde há cerca de 10 anos, excetuando deslocações curtas (50m) até a casa da mãe. Tendo em conta esta limitação, associada às patologias descritas pela utente, foi agendada consulta domiciliária ao marido.
Este referiu que por vezes tinha agudizações da sua si-

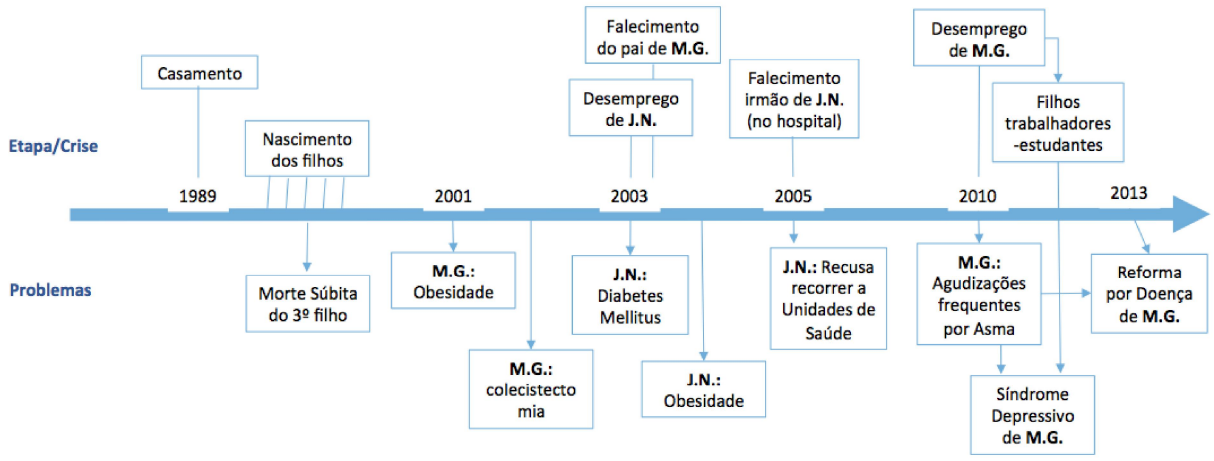

Figura 2. Linha de vida de Medalie (04/09/2012). Dados fornecidos pela utente M.G.

tuação clínica que tratava empiricamente "como achava melhor" (sic). Por exemplo, quando tinha artralgias, este automedicava-se com colchicina, não tendo qualquer tratamento profilático ou estudo de outras complicações possivelmente associadas à hiperuricemia que o utente assumia como diagnóstico.
Como plano de acompanhamento, foi pedida uma avaliação analítica e eletrocardiograma (que o utente aceitou, mas nunca realizou). Foi também pedido apoio de Psicólogo para a avaliação do cumprimento dos critérios clínicos de Perturbação de Pânico com Agorafobia, que se veio a confirmar; e iniciada baixa médica, o que permitiu o acesso ao Rendimento Social de Inserção.
Foi iniciado tratamento com sertralina 100 mg/dia, sendo que 3 meses após já recorreu a consulta na USF, e aos 6 meses referia já conseguir entrar nas primeiras filas de produtos do supermercado. Abandonou terapêutica aos 6 meses, sem orientação médica.
Aos 6 meses aceitou referenciação a consulta de Psiquiatria, mas faltou repetidamente.
Mantém-se um utente de difícil acompanhamento, mas a alternância entre a consulta domiciliária e na USF tem permitido um seguimento regular, e assim, travar o retorno à situação inicial.

Avaliação e orientação dos filhos: Foram agendadas consultas para cada filho do casal.
Percebeu-se que a situação dos pais era uma preocupação central da família, causando disfunção da mesma.
Os filhos faltavam, com alguma frequência às aulas, para acompanharem a mãe às consultas, para fazerem companhia ao pai, ou por não se sentirem bem, tendo a conivência dos pais. Referiam limitações económicas, a nível alimentar e escolar.
O primeiro filho apresentava como antecedentes pessoais escoliose dorso-lombar, referindo lombalgias frequentes. Completou o 9º ano de escolaridade, estava desempregado, desempenhando apenas tarefas pontuais.
Foi incentivada a prática de exercício físico, de acordo com a sua tolerância, e feitas recomendações para alívio de lombalgia e ensino de sinais de alarme.
A segunda filha, frequentava curso profissional, mas ponderava abandonar por insuficiência económica. À data, cumpria critérios de depressão reativa e obesidade grau II. Foi iniciada fluoxetina 20 mg/dia, identificados pontos de melhoria na dieta alimentar e recomendado exercício físico. As recomendações para redução de peso não surtiram efeito e a utente foi referenciada a consulta de nutrição, após exclusão de causas secundárias para a patologia.
Aos terceiro e quarto filhos, foi feita apenas uma consulta de avaliação, e recomendado o retorno quando necessitassem. Ambos estudavam, sendo que o terceiro também fazia trabalhos pontuais, e tinham notas razoáveis (notas baixas mas positivas).
Todos os filhos do casal descreveram a relação familiar como excelente, e referiram que em caso de necessidade recorreriam preferencialmente ao apoio materno.

COMENTÁRIO

A avaliação familiar permitiu a identificação de uma família cujos problemas se foram somando. O facto dos seus elementos não terem mantido um acompanhamento clínico poderá ter facilitado a precipitação de novas problemáticas e patologias.
Luís Rebelo apelidou o Genograma Familiar de "Bisturi" do MF.[3] De facto, foi este instrumento que permitiu a identificação de um doente com Perturbação de Pânico com Agorafobia, que justificava parte da situação económica da família, a descredibilização e não utilização dos cuidados de saúde, bem como a automedicação do mesmo.
A construção da linha de vida de Medalie permitiu perceber de que forma as diferentes situações poderão ter condicionado a precipitação e/ou perpetuação das diferentes condições clínicas. A sua construção e discussão em diferentes tempos permitem uma melhor compreensão da interação destes fatores.
A avaliação e orientação dos elementos familiares permitiu o estabelecimento de um plano de apoio familiar e melhoria da situação económica, bem como o diagnóstico e orientação de patologias.
O facto do sistema informático utilizado, atualmente, permitir apenas o registo de parte da avaliação familiar, juntamente com o tempo limitado de consulta, levam a que muitos adiem permanentemente esta prática ou não a apliquem, perdendo-se parte da atuação do Médico de Família.
A abordagem familiar é um dos pilares da relação empática e terapêutica que o MF pode estabelecer com cada utente. O conhecimento do contexto familiar permite ao MF compreender as limitações, possibilidades e recursos, podendo ser a chave para o sucesso terapêutico.

BIBLIOGRAFIA

1. Souza J, et al.; Avaliação do funcionamento familiar no contexto da saúde mental ;Rev Port Clin Geral 2007;23:309-17; Rev Psiq Clín. 2011;38(6):254-9;
2. Duvall EM; Mariage and Family Development; Philadelphia: JB Lippin cott Company, 1977;
3. Rebelo L; Genograma familiar. O bisturi do Médico de Família;
4. A Smilkstein G; The Family APGAR: a proposal for a family funtion test and its use by physicians; J Fam Pract 1978:6:1231-9;
5. Smilkstein G; Ashworth C, et all; Validity and reliability of the family function; J Fam Pract 1982: 15:303-9;
6. Holmes TH, Rahe RH;The Social Readjustment Rating Scale; J Psychosom Res 11 (2): 213–8.

CONFLITOS DE INTERESSES

Os autores declaram não ter conflito de interesses.