

Uma avó e dois netos adolescentes: um «agregado» de problemas

CARLOS MARTINS*, IVONE MAUROY DA FONSECA**, PEDRO COSTA***

RESUMO

No estudo de uma paciente idosa e do seu agregado familiar encontram-se dificuldades na aplicação de alguns instrumentos de avaliação familiar.

À difícil recolha de informação devido à idade avançada da doente, alia-se o facto de não se tratar de um núcleo familiar clássico.

O agregado familiar em estudo é constituído por uma avó que vive com dois netos adolescentes. A paciente encontra-se, aos 74 anos, com dificuldades de mobilização, com tendência a agravarem-se e é responsável pela educação dos seus netos.

Sem intervenção da assistência social, médica e escolar, os jovens adolescentes correm sérios riscos de virem a repetir o ciclo de pobreza vivido pela avó.

Enfim, uma história igual a tantas outras, mas diferente na forma...

Palavras-chave:

Disfunção familiar, Avaliação Familiar, Risco Familiar, Pobreza

SUMMARY

When studying an elderly patient and her family it is difficult to apply some family assessment tools. Not only does the patient's old age make it hard to collect data, but also this is not a typical family unit. This family unit is made up of a grandmother living with two teenage grandchildren. The 74-year-old patient has locomotion problems which will tend to deteriorate, and is in charge of rearing her grandchildren.

Without any social, medical or educational assistance, these teenagers seriously risk going through the same cycle of poverty their grandmother has lived in.

A story just like so many others after all, but with a unique contour...

Key-words:

Family Dysfunction; Family Assessment; Family Risk; Poverty.

Introdução

Casos há em que certas disfunções familiares importantes se tornam difíceis de avaliar. Seja por não se tratar de um núcleo familiar clássico, seja por se tratar de indivíduos introspectivos, ou ainda por serem desconfiados em relação à sociedade em geral, reflexo da aspreza e crueldade de uma vida inteira. Por outro lado, existem vidas que fogem a todos os tipos de padrões pré-concebidos.

O caso aqui relatado constitui um bom exemplo das dificuldades que

podem, por vezes, surgir em reconhecer certas disfunções e em aplicar métodos tradicionais de avaliação familiar^{1,2} (estereótipos).

O caso é também apresentado segundo um modelo de ficha clínica, denominada **Ficha Global**³, utilizado por rotina nas consultas do Departamento de Medicina Familiar e Saúde Ocupacional do Hospital Geral de Santo António. A **Ficha Global** é uma ficha clínica alternativa destinada à Medicina Familiar. Pensam os autores que a **Ficha Global** se revela de muito interesse pela sua riqueza estrutural e de conteúdo, permitindo um acesso mais expedito à informação e análise do caso.

O presente caso clínico foi recolhido em duas visitas domiciliárias por um aluno do 6º ano do curso de medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, durante um estágio efectuado no Centro de Saúde de S. Mamede de Infesta, no

âmbito da cadeira de Medicina Social e Familiar.

Identificação da paciente

Maria Rosa (M.R.J.F.), 74 anos, raça caucasiana, natural do concelho de Matosinhos e sempre aí residente. Viúva há mais de 20 anos. Trabalhou na indústria conserveira e está reformada desde 1975.

Antecedentes pessoais

Refere consumo de álcool de cerca de 30 g/dia até 1994. Actualmente, diz não consumir bebidas alcoólicas.

Não se recorda da idade da menarca e refere ter tido a menopausa aos 50 anos. Em termos de história obstétrica, a paciente teve 16 gestas/16 para.

Biopatografia

A Biopatografia^{1,4} é um meio de

*Interno Geral do

Hospital Geral de Santo António

**Assistente Graduada de Clínica Geral,

Departamento de Medicina Familiar e Saúde Ocupacional do Hospital Geral de Santo António

***Assistente de Clínica Geral, Departamento de

Medicina Familiar e Saúde Ocupacional

do Hospital Geral de Santo António;

Centro de Saúde de Baião

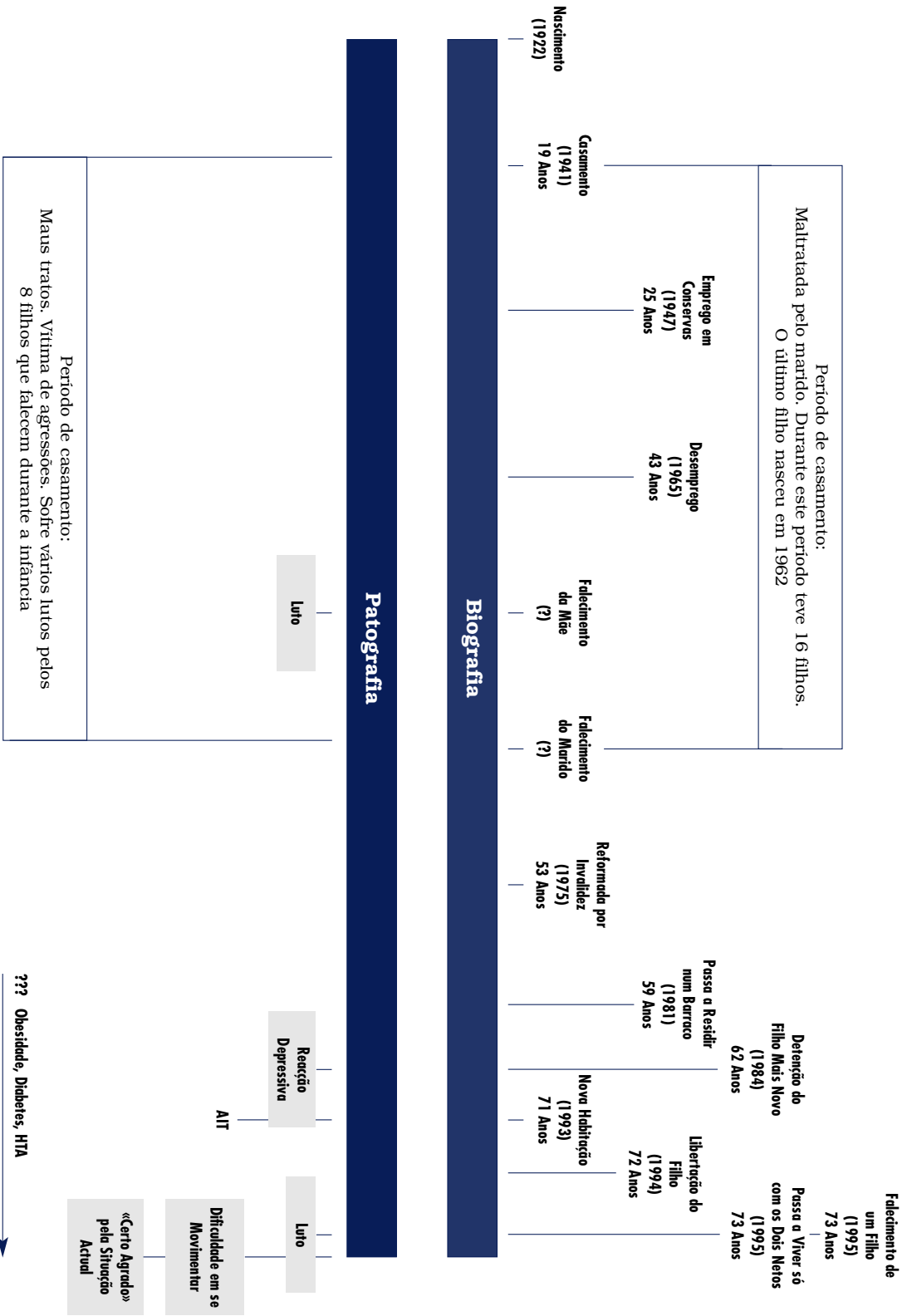


Fig 1 - Biopictografia



Fig 2 - Dos 59 aos 71 anos, a paciente viveu numa destas barracas. «*Toda a vida passei trabalhos*»

avaliação familiar que correlaciona cronologicamente os acontecimentos vitais e os problemas de saúde de uma família. Consideram-se duas linhas paralelas que simbolizam a evolução no tempo. Uma corresponde à Biografia, a outra à Patografia. A primeira serve para anotação cronológica dos acontecimentos de vida significativos. Na segunda, anotam-se os problemas de saúde ou situações identificadas como doença, também de acordo com a sua cronologia. Os dois conceitos em conjunto -Biopatografia-constituem a essência temporal da anamnese. Os acontecimentos vivenciados significativamente com origem na área familiar, ocupacional ou social, podem afectar o indivíduo, que consegue ou não superá-los. Esses eventos merecem ser integrados na continuidade biográfica, o que vai permitir perceber até que ponto ele foi afectado pelos mesmos e prever a reacção provável face a futuras vivências.

Ao longo da colheita de informação para a biopatografia e para o genograma^{1,2,5-7}, a paciente mostrou-se pouco dialogante, apare-

tando ter pouca vontade em recordar datas e/ou factos antigos, respondendo algumas vezes com a pergunta: «*Para que é que o senhor doutor quer saber isso?!*» Daí os muitos pontos de interrogação que surgirão, por exemplo, na biopatografia e no genograma.

A biopatografia é apresentada esquematicamente na figura 1.

- Aos 19 anos, a Maria Rosa casou. Durante o período de casamento (que durou entre 25 a 30 anos), a paciente refere ter sido constantemente maltratada física e psiquicamente pelo marido. Nesse período, teve 16 filhos, tendo o seu filho mais novo, o Fernando, nascido em 1962. Além de ser vítima das agressões do marido durante esse período, a paciente também sofre vários lutos pelo falecimento de 8 filhos durante a infância. Fala com dificuldade desta fase da sua vida, comove-se e chora. Nesta fase, a sua única protectora era a sua mãe, pois residia junto da casa dos pais. Daí que refira com alguma importância e com alguma tristeza o falecimento da mãe sem,

no entanto, se lembrar do ano desse facto. Também não se recorda da data do falecimento do marido referindo-se a esse facto do seguinte modo: «...ele toda a vida me tratou mal! Olhe que ainda antes de morrer me atirou com umas tesouras às costas!...»

- Aos 25 anos emprega-se na indústria conserveira onde trabalha até aos 43 anos. Nessa altura fica desempregada.
- Em 1975, com 53 anos, é reformada por invalidez sem saber especificar o motivo.
- Em 1981, com 59 anos de idade, passa a residir numa barraca semelhante à que se pode ver na figura 2.
- Em 1984, tendo a paciente 62 anos, é detido o filho mais novo, o Fernando. A paciente sente tristeza ao tocar neste assunto e não revela o motivo de tal detenção. Nessa altura, a doente faz uma reacção depressiva.
- Em 1993, com 71 anos, tem um acidente isquémico transitório, sem serem conhecidos mais dados acerca deste facto.
- Ainda em 1993, dá-se a mudança para uma nova habitação, um bairro social novo construído no âmbito do programa para a erradicação de barracas (figura 3A e 3B). A paciente refere-se a esse facto com alguma satisfação. É importante referir que apesar de se tratar de um bairro novo, abunda nesse bairro a degradação social e o tráfico de droga. É a partir desta altura que a Maria Rosa passa a ser seguida no Centro de Saúde de S.Mamede de Infesta.

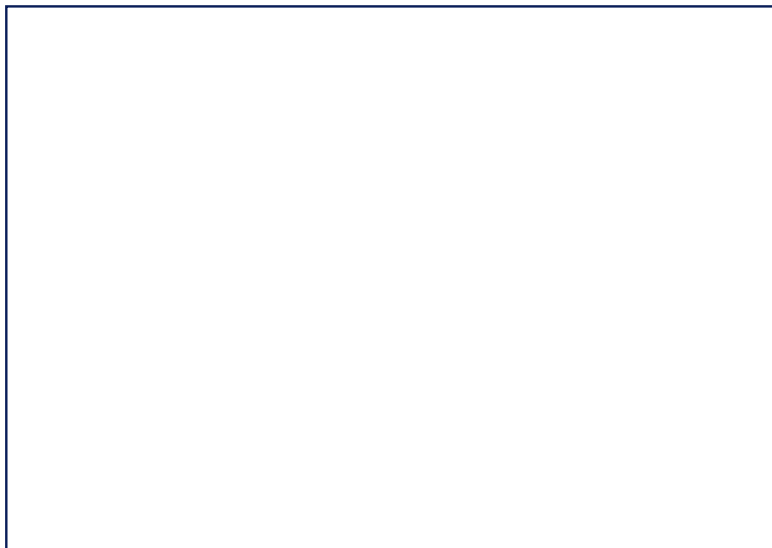


Fig 3A - O novo lar de Maria Rosa. «No fundo, este ainda é o melhor bocado... Estou aqui com eles os dois, e a casa é boa!»

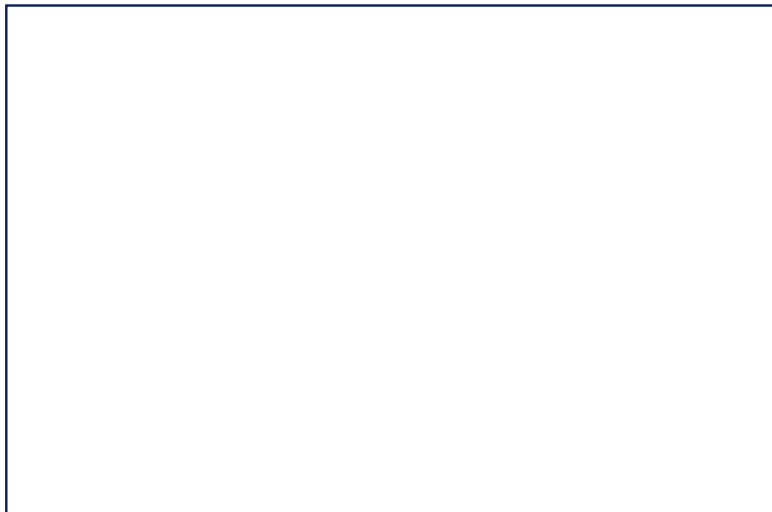


Fig 3B - Ao fundo, vêem-se os prédios novos onde habita a paciente. A construção do edifício à esquerda está parada há meses, tendo-se transformado este edifício inacabado no «novo lar» dos toxicodependentes

• Em 1994, tendo a paciente 72 anos, o Fernando sai da prisão e passa a viver com a mãe e com os dois filhos, fruto de um casamento anterior à sua ida para a prisão. Maria Rosa tinha acompanhado sempre de perto o crescimento destes dois netos pois eles iam frequentemente para a casa da avó

durante a detenção do pai. Por seu turno, a mãe destes, após a detenção do marido, o Fernando, passou a viver maritalmente com outro indivíduo, tendo já dois filhos dessa relação.

• Em 1995, tendo a Maria Rosa 73 anos, ocorre, de um modo ines-

perado, o falecimento, por enfarte do miocárdio, de um filho da paciente que tinha 48 anos. A Maria Rosa emociona-se ao recordar este facto.

• Ainda em 1995, o Fernando sai da casa da mãe e passa a viver maritalmente com outra senhora. Dessa relação surge uma criança. Então, a Maria Rosa fica a viver sozinha com os seus dois netos (o Victor de 13 anos e a Helena de 12), pois estes preferem ficar com a avó, embora também não tivessem sido estimulados a ir para a «nova» casa do pai, onde, aliás, as condições também não serão muito favoráveis...

• Em 1996, com 74 anos, a doente começa a ter maiores dificuldades em se movimentar por artralgias, deslocando-se praticamente só dentro de casa. Apesar de tudo, a doente mostra um certo agrado pela sua situação actual quando diz: «Toda a vida passei trabalhos! No fundo, este ainda é o melhor bocado... Estou aqui, junta com eles os dois, e a casa é boa!...» Na verdade, presentemente, devido à imobilização da avó, são os netos que, a seu pedido, vão fazer as compras, pagar a água, a luz e tudo o mais que seja necessário. Por seu turno, cabe à avó preocupar-se com a escola dos netos e com as suas horas de chegar a casa, tendo praticamente «adoptado» os seus netos. Queixa-se a avó a respeito da neta: «Ela, agora, passa o dia todo na escola... Ainda na semana passada lhe ralhei por ela vir tão tarde!»

Dos restantes filhos, as notícias não são muito frequentes e as visitas ainda menos.

Deve salientar-se ainda que a pa-

Genograma

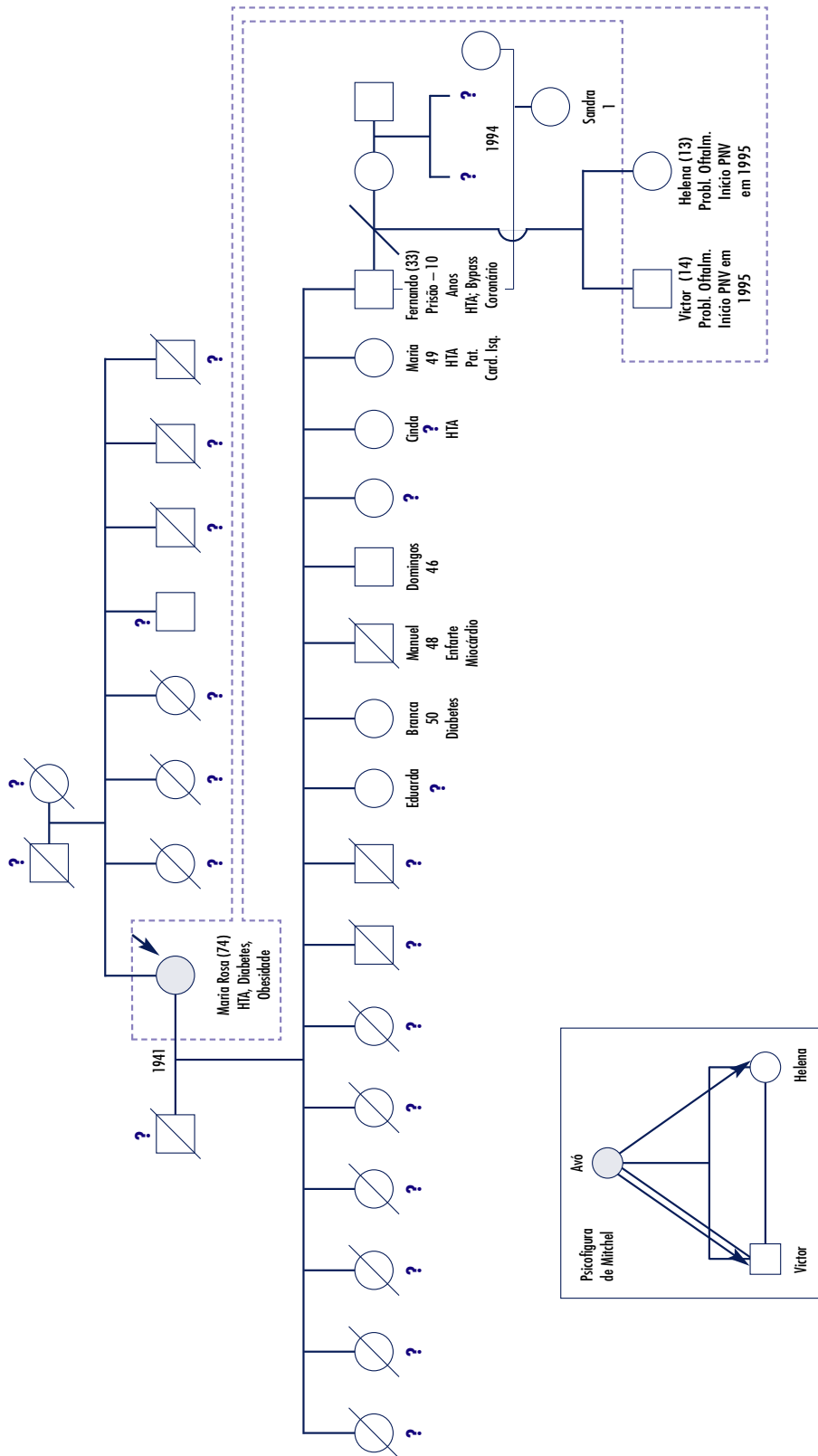


Fig 4 - Genograma e Psicofigura de Mithcel

ciente começou a ter obesidade, diabetes e hipertensão arterial em data indeterminada (por falta de registos anteriores a 1994).

Genograma e Psicofigura

Em relação ao genograma^{1,2,5-7} (figura 4), o agregado familiar é constituído por 3 pessoas: a paciente e os dois netos. É de salientar que a Maria Rosa teve 7 irmãos, mas só 1 se encontra vivo. Não foi possível saber idades, causas de morte, possíveis patologias dos irmãos já falecidos, dos pais, nem de outros elementos que constituem este genograma. Dos dados que foi possível recolher, é importante notar que, tal como a Maria Rosa, 3 dos seus filhos actualmente vivos têm hipertensão arterial⁸. E mais, além do filho falecido em 1995 por enfarte do miocárdio, mais dois sofrem de patologia cardíaca isquémica. Um desses é o Fernando que, aquando da recolha deste caso se encontrava em lista de espera para efectuar *bypass* coronário. Parece pois existir um padrão de repetição familiar de doença coronária. Em 1976, Medalie e Goldbourt demonstraram a influência da interacção familiar na morbilidade e mortalidade da doença coronária⁹.

Deve referir-se ainda como relevante o facto de os netos, o Victor e a Helena, terem iniciado o Plano Nacional de Vacinação apenas em 1995, com 13 e 12 anos respectivamente. Ambos apresentam dificuldades de visão.

Em relação à psicofigura de Mitchel¹, por enquanto, parece ainda haver uma certa dominância da avó em relação aos netos. No entanto, em breve, esta situação terá tendência a alterar-se graças às incapacidades previsivelmente crescentes da avó e graças aos problemas próprios da juventude e pre-

visível irreverência dos netos. Se, por um lado, a relação entre a avó e o neto é boa, por outro, entre a avó e a neta, parece ser escassa, também devido ao facto de a neta «passar o dia todo na escola»... Durante as duas visitas ao domicílio, a Helena nunca se encontrou em casa, pelo que não foi possível uma avaliação mais correcta do seu relacionamento com a avó e com o irmão. Todavia, a relação entre os dois irmãos parece ser escassa pelo avaliado da conduta e dalgumas expressões do Victor.

Outros métodos de avaliação familiar

Ciclo de Vida Familiar de Duvall

Normalmente, o ciclo de vida familiar de Duvall^{1,2,10} só se aplica aos núcleos familiares clássicos. No entanto, não deixa de ser interessante verificar que este agregado familiar vive, em simultâneo, dois estadios desse «ciclo»: o estadio V (família com «filhos» adolescentes) e o estadio VIII (progenitores na 3ª idade). Ora, além de todos os problemas (de saúde, económicos, sociais,...), este agregado tem que viver em simultâneo a «crise» da adolescência dos netos e a «crise» da velhice da avó (figura 6A).

Apgar Familiar de Smilkstein

Foi mais uma vez sentida alguma dificuldade em aplicar um método de avaliação familiar. Neste caso, tudo leva a crer que o Apgar Familiar^{1,2,11,12} seria baixo, mas não foi avaliado na sua totalidade, pois não se achou apropriado colocar, a esta doente, a questão: «Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o seu estilo de vida?»

A pontuação obtida nas restantes perguntas foi de apenas 1 ponto. Apesar de não ser possível a aplicação deste método de avaliação fa-

miliar neste caso, não parece haver dúvida de que, naquele momento, a Maria Rosa se encontrava bastante insatisfeita em relação à sua família em geral.

Círculo Familiar de Thrower

Pedir a uma senhora de 74 anos, analfabeta, desiludida com a vida, para desenhar uns círculos num papel representando o seu agregado familiar não é fácil^{1,2,13}. Face ao pedido, a paciente sorriu não levando o mesmo muito a sério e depois disse: «ponha o senhor para aí...»

Risco Familiar

Não existem dúvidas de que se trata de uma família de alto risco. No entanto, volta a verificar-se que, neste caso, dois métodos de avaliação aplicados não fornecem respostas coincidentes (figura 5). Segundo os critérios de risco familiar de Imperatori¹⁴, este caso só corresponde a 1 item ou seja, esta família nem sequer de médio risco seria... Segundo os critérios de Segovia Dreyer¹⁵, não há dúvida de que se trata de uma família de alto risco.

Exame subjectivo

A doente referiu as seguintes queixas:

- «vejo-me aflita com os formigueiros» (sic) - parestesias nas extremidades superiores e inferiores;
- «dói-me tudo, e então os joelhos?!»
- cervicalgias, dorsalgias, lombalgias, gonalgias;
- «de manhã, demoro muito a levantar-me por causa das dores nos ossos» - rigidez articular matinal.

Exame objectivo

- A paciente apresenta obesidade ginoide, com um índice de massa corporal de 40.8.
- Apresenta dificuldade na mobilização, pois praticamente já não sai

Risco Familiar

Famílias vulneráveis

- I. Famílias compostas por pais jovens e filhos pequenos que moram todos num quarto alugado.
- II. Famílias cuja dinâmica de relação esteja alterada e em que, pelo menos, metade dos seus filhos, estejam sujeitos a insucesso escolar.
- III. Famílias que solicitam em excesso os cuidados do centro de saúde.
- IV. Famílias cujos membros, na sua totalidade ou na grande maioria, compartilhem um factor de risco comum (fumadores, obesos ou alcoólicos).
- V. Famílias, nas quais um membro seja centro da atenção dos outros e que, por isso, altere as relações intra familiares (deficiente mental ou físico que não é aceite, pai alcoólico, etc.).
- VI. Famílias que, pelos seus antecedentes familiares, estejam sujeitas a um risco mais elevado de padecer de determinado tipo de doenças embora essas doenças não estejam presentes na actualidade.

Resultado:

Alto Risco ≥ 4 itens presentes
Médio Risco ≥ 2 itens presentes

Factores de risco

1 Ponto

- Morbilidade crónica
- Invalidez
- Hospitalizações frequentes
- Mãe analfabeta
- Mãe solteira
- Chefe de família desempregado
- Ausência temporária de um dos pais
- Chefe de família com emprego temporário
- Morte de pai ou de mãe

2 Pontos

- Alcoolismo
- Droga
- Desnutrição
- Ausência de um dos pais
- Pais analfabetos
- Apgar familiar < 4
- Filho grande deficiente
- Chefe de família preso
- Filho com carências afectivas graves

Total de 12 pontos

Resultado:

Alto Risco ≥ 6 pontos
Médio Risco ≥ 3 pontos

Fig 5 - Critérios de Risco Familiar

de casa por artralguas. No entanto, em termos de dependência funcional, ainda pertence ao grau A do Índice de Katz.

- Não tem edemas articulares nem sinais de artrite.
- T.A. 150/80 mmHg (braço direito, sentada) ; P.R.: 76 p.p.m. a,r,r;

Altura: 1,58 m
Peso: 102 kg
IMC: 40,8

Hematologia (21/12/95):

Hemograma normal. Leucograma normal.

Bioquímica (21/12/95):

Glicose -122 mg/dl
Ureia -42 mg/dl
γGT -16 UI/l
Ex. Bacteriolog. Urina - *E. coli* >10⁵
Microalbuminúria - 33.5 mg/l (Junho'95)

FICHA GLOBAL

Nome: M.R.J.F
Data de Nascimento: 07/10/22
Estado Civil: Viuva
Raça: Caucasiana
Profissão: Reformada (trabalhou nas conservas)
Morada: S. Mamede de Infesta - Matosinhos

EXAME CLÍNICO

Dados biológicos de base

Peso: 102 Kg Altura: 1.58 m T.A.: 150/80 mmHg PR: 76 ppm reg IMC: 40.8

Factores de Risco

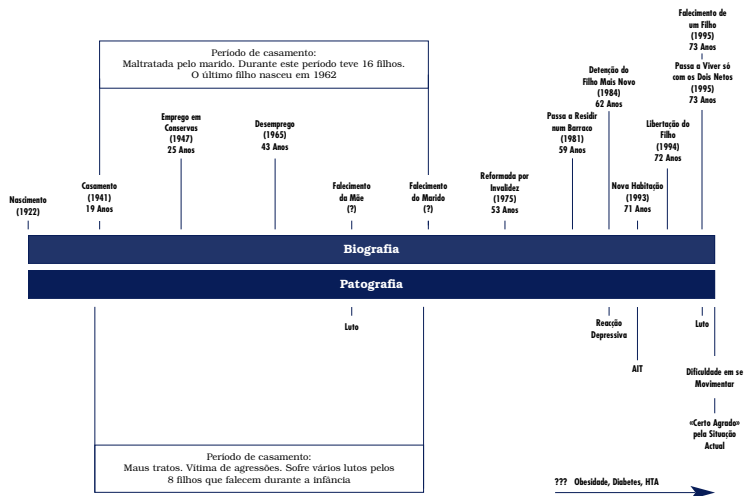
Tabaco - ø Álcool - Até '94 - 30 g/dia
 Actualmente - ø Ocupacionais - Reformada Ambiente - Habita zona degradada

Antecedentes pessoais

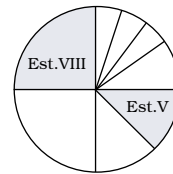
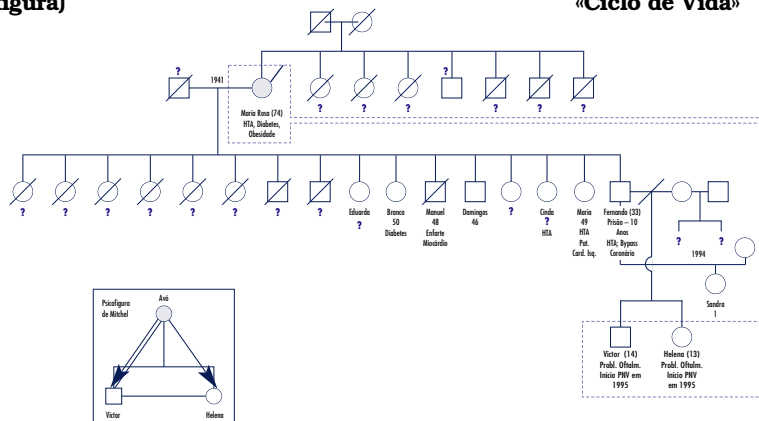
Doenças anteriores: 1993 - AIT História Ginecológica
 1995 - ITU Menopausa aos 50 anos.

Acidentes: ø História Obstétrica
 Intervenções Cirúrgicas: ø 16 gesta / 16 para

Biografia e Patografia:



Genograma (psicofigura)



Apgar Familiar ??

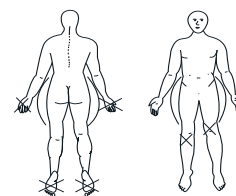
Apgar Ocupacional ??

Figura 6A - Ficha Global (frente)

Marcadores genéticos:

S

- «vejo-me aflita com os formigueiros» (sic) - **parestesias nos membros inferiores**
- «dói-me tudo, e então os joelhos?!» - **dores osteoarticulares (gonalgias ++)**
- «de manhã, demoro muito a levantar-me por causa das dores nos ossos» - **rigidez articular matinal**



O

- **Obesidade ginoide, com IMC=40,8**
- **Dificuldade na mobilização, pois praticamente já não sai de casa por artralguas. No entanto, em termos de dependência funcional, ainda pertence ao grau A do Índice de Katz**
- **Não tem edemas articulares nem sinais de artrite**
- **T.A. 150/80 mmHg (braço direito, sentada)**

Hematologia: Hemoleucograma normal. (análises efectuadas em 21/12/95)

Bioquímica: Glicose -122 mg/dl Ureia -42 mg/dl γ GT -16 UI/l Microalbuminúria - 33.5 mg/l (Junho'95)
 Ex. Bact. Urina - E. coli >10⁵ (análises efectuadas em 21/12/95)

A Avaliação (hipóteses)

- 4 **Obesidade - mantém**
 - 4 **Diabetes mellitus tipo II - aparentemente controlada, mas manter vigilância das repercussões nos órgãos alvo**
 - 4 **HTA - controlada, atenção às repercussões dos órgãos alvo**
 - 4 **Osteoartroses - mantém**
 - 4 **Padrão de funcionamento familiar disfuncional**
 - „ **Depressão reactiva (F) (S) ??**
- 4 **Hipóteses confirmadas**
 „ **Hipóteses a confirmar**

P Plano

Em relação à doente

- **Consulta de vigilância periódicas para avaliação da HTA e Diabetes tipo II (repercussão dos órgãos alvo).**
- **Marcação de consulta de Nutrição.**
- **Consulta de Medicina Física de Reabilitação, quer para prevenção de surtos agudos de artralguas, quer para prevenção de osteoporose com ensino e incentivo à deambulação.**
- **Contacto com Assistente Social no sentido melhorar a socialização da doente (por exemplo, criação de outros contactos sociais, Centro de Dia ou outras actividades).**
- **Antecipação e prevenção de um estado depressivo do idoso que, eventualmente, poderá envolver risco de suicídio. Avaliação por psicólogo do Centro de Saúde.**

Em relação à família

- **Antecipação e prevenção da toxicodpendência e ensino de estilos de vida saudáveis aos netos.**
- **Avaliação sócio-familiar pelo(a) Assistente Social com apoio psico-social à família.**

Rede de apoio

- **Assistência Social; Centro de Saúde; Escola**

Terapêutica

- **Gliclazida 80 mg 1+0+1** - **Cálcio 500 mg 1+0+1** - **Paracetamol 1 g 1+1+1**
- **Indapamida 2,5 mg 1+0+0** - **Calcitonina 100 UI 1+0+1**

Problemas	Diagnóstico Tradicional	Atitude Comporta.
<p>Activos</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Obesidade</i> • <i>Diabetes Mellitus tipo II</i> • <i>Parestesias das extremidades superiores e inferiores</i> • <i>Dores osteoarticulares</i> • <i>Má situação sócio-económica e familiar</i> • <i>Padrão de funcionamento familiar disfuncional</i> • <i>Solidão / Isolamento</i> <p>Passivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Maus tratos conjugais</i> • <i>AIT</i> • <i>Infeção do tracto urinário</i> • <i>Multiparidade (16)</i> • <i>Lutos múltiplos(pais, filhos)</i> • <i>Prisão do filho mais novo</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Obesidade</i> • <i>Diabetes Mellitus tipo II, com repercussão renal e neurológica</i> • <i>Hipertensão arterial</i> • <i>Osteoartroses</i> • <i>Padrão de funcionamento familiar disfuncional</i> 	<p>Passiva</p>
Consulta seguinte:	Q.Vida	Aspectos Éticos

Figura 6B - Ficha Global (verso)

Lista de problemas e hipóteses de diagnóstico

Problemas Activos:

- Obesidade
- Diabetes Mellitus tipo II
- Parestesias das extremidades superiores e inferiores
- Dores osteoarticulares
- Má situação sócio-económica e familiar
- Padrão de funcionamento familiar disfuncional
- Solidão / Isolamento

Problemas Passivos

- Maus tratos conjugais
- AIT
- Infecção urinária
- Multiparidade
- Lutos múltiplos
- Prisão do filho mais novo

Diagnóstico

- Obesidade
- Diabetes mellitus tipo II com repercussão renal e neurológica
- Hipertensão arterial
- Osteoartrose
- Padrão de funcionamento familiar disfuncional

Plano

Em relação à doente

- Consultas de vigilância periódicas para avaliação da HTA e Diabetes tipo II (repercussão dos órgãos alvo).
- Marcação de consulta de Nutrição.
- Consulta de Medicina Física de Reabilitação, quer para prevenção de surtos agudos de artralguas, quer para prevenção de osteoporose com ensino e incentivo à deambulação.
- Contacto com Assistente Social no sentido de melhorar a socialização da doente (por exemplo,

criação de outros contactos sociais, Centro de Dia ou outras actividades).

- Antecipação e prevenção de um estado depressivo do idoso que, eventualmente, poderá envolver risco de suicídio. Avaliação por psicólogo do Centro de Saúde.
- Terapêutica:
 - Gliclazida 80 mg 1+0+1
 - Indapamida 2,5 mg 1+0+0
 - Paracetamol 1 g 1+1+1
 - Cálcio 500 mg 1+0+1
 - Calcitonina 100 UI 1+0+1

Em relação à família

- Antecipação e prevenção da toxicodependência e ensino de estilos de vida saudáveis aos netos.
- Avaliação sócio-familiar pelo(a) Assistente Social com apoio psico-social à família.

Comentário

Aspectos técnicos

Casos como este acabam, em boa verdade, por ser relativamente frequentes. Situações destas, abalam alguns dos conceitos mais tradicionais. Eis uma senhora que tem sete filhos vivos e dezenas de netos – uma grande família?! No entanto, ela vive só, com dois netos adolescentes – um pequeno agregado familiar! O que é a família? Será a nossa família o grupo de pessoas que é do nosso sangue ou o grupo de pessoas com quem vivemos?

Segundo a OMS, as funções da família devem passar pelo apoio e protecção dos seus membros, bem como pela provisão das necessidades alimentares, sociais, educacionais e recreativas dos mesmos. Ora, neste caso, esta família não parece ter condições para cumprir qualquer uma dessas funções e as consequências desse facto poderão

vir a ter graves repercussões no futuro deste agregado, quer na saúde da avó, quer e sobretudo no futuro dos netos.

Este tipo de casos foge aos padrões normais. Então, o diagnóstico de certas disfunções familiares pode complicar-se. Por exemplo, neste caso concreto, sentiu-se dificuldade na aplicação da metodologia tradicional de trabalho em Medicina Familiar. A colheita de informação em pacientes idosos, principalmente num primeiro contacto, é muito difícil e esse foi outro factor que também contribuiu para as dificuldades sentidas.

Aspectos gerais

O agregado familiar em estudo apresenta duas gerações diferentes, um elemento de uma 1ª geração e dois elementos de uma 3ª geração, verificando-se a ausência da 2ª geração que estabeleceria o possível equilíbrio e a possível continuidade. Perante tal situação, é oportuno perguntar: será que estas duas gerações (1ª e 3ª) são realmente diferentes uma da outra? Ou será que, apesar da diferença de décadas, não irão estas duas gerações ter um destino semelhante e comum?! Na ausência de uma intervenção no âmbito social, educativo, da saúde, graças ao crescimento da toxicodependência e ao meio em que vivem, não poderá o destino da 3ª geração vir a ser até pior que aquele que teve a 1ª?

Então, resta a pergunta inquietante: o que há a fazer por estas duas gerações? Por um lado, o que poderão os Clínicos Gerais/Médicos de Família fazer por estas gerações?... Por outro, o que poderá a sociedade em geral fazer?...

Parece ser evidente que, apesar de importante, para a resolução dos problemas destas gerações, não seria suficiente o resolver dos seus

problemas financeiros. Poder-se-ia ter feito algo por esta senhora há 40-50 anos atrás? Por exemplo, se tivesse existido planeamento familiar e uma assistência social adequada... Então, como prevenir situações semelhantes no futuro? Como interromper o ciclo de pobreza?

Aspectos específicos deste caso

Actualmente, os netos da Maria Rosa, dois adolescentes, são os responsáveis por todas as tarefas que envolvem sair de casa, pelas compras na mercearia, pelos pagamentos, etc... Por outro lado, a capacidade da Maria Rosa de «controlar», de acompanhar o crescimento dos seus netos, vai sendo cada vez menor, sendo cada vez mais necessária, para a avó, a ajuda e o apoio dos netos. Ora, estes adolescentes acabam por assumir, de certo modo, o papel de figuras parentais, pelo que se pode falar em parentificação. Daí resulta que estes adolescentes percam o «espaço temporal» que, idealmente, lhes seria necessário para a vivência da sua adolescência...

Em contrapartida, a avó está a desempenhar o papel que deveria pertencer ao seu filho, à 2ª geração. A Maria Rosa assume, apesar das suas limitações, o papel de figura parental, pois é ela que se preocupa com a escola dos netos, é ela que se preocupa com a sua saúde (foi ela que os levou ao Centro de Saúde, pela primeira vez, para serem vacinados...), é ela que se preocupa com as horas de chegada a casa dos netos. Ora, assim sendo, apetece até falar em «parentificação inversa», pois tudo isto implica que também a Maria Rosa fique sem o seu «espaço temporal» para poder, do modo mais adequado, viver a sua velhice!

Todo o apoio que se possa dar a esta família, passa sempre mais por uma perspectiva do futuro deste

agregado familiar do que propriamente por uma intervenção na estrutura actual do agregado. Apesar de todos os problemas, todos parecem estar relativamente adaptados à situação actual. Surgem, no entanto, alguns sinais de alarme... Por exemplo, na segunda das visitas efectuadas ao domicílio da Maria Rosa, a dada altura, o neto, que na primeira se havia comportado bem, resolveu ligar a televisão e elevar-lhe o som de tal modo que perturbava a consulta. Um outro exemplo serão as queixas que a avó já revela em relação às saídas da neta.

Além disso, o que será da Maria Rosa quando os netos saírem de casa?! Ou o que será dos netos se a avó acamar ou falecer?!

Não existem dúvidas de que estes adolescentes estão numa situação de risco. Dentro de pouco tempo, os netos deixarão de se subjugar à autoridade da avó... Vivem num ambiente de degradação social e não têm quem lhes dê a educação mais adequada. Correm riscos de virem a envolver-se na toxicod dependência ou na prostituição. Por outro lado, correm riscos de desenvolver graves depressões que os poderão precipitar ainda mais rapidamente para as situações anteriores ou até para o suicídio! A escola, a assistência social e a assistência médica poderão ser factores importantes na prevenção do futuro destes adolescentes. E essa acção será tanto mais eficaz, quanto mais comunicação houver entre as três entidades.

A Ficha Global

A Ficha Global consiste no registo de dados múltiplos, sistematizados, de natureza social, familiar e psicológica por um lado, e de dados tradicionais ligados à concepção de doença, como a alteração estrutural e a entidade nosológica, de acordo

com as classificações internacionais, dados esses incorporados no SOAP¹⁵. Estes dados são estruturados de modo a permitir o seu inter-relacionamento, de modo a extrair daí consequências práticas em cada consulta.

A Ficha Global começou por ser uma resposta ao que se tem denominado por «Base de Dados», na «base de dados orientada por problemas», no âmbito do registo SOAP de Laurence Weed¹⁶. Constitui uma síntese construída laboriosamente ao longo das primeiras consultas, que a todo o momento vai servir de referência para o seguimento do doente ao longo dos anos. Entende-se por «Base de Dados» a informação que o médico assistente, ou um grupo de médicos trabalhando em associação, considera necessária para cuidar dos seus doentes. O registo dessa «Base de Dados» não tem que ser feito exclusivamente por médicos. É possível e desejável que a/o enfermeira(o) tenha a seu cargo uma parte desse registo, particularmente no que diz respeito a certos dados de natureza psicossocial e exame objectivo e transcrição de análises laboratoriais para só citar alguns.

A experiência na consulta do Serviço de Medicina Familiar do HGSA tem demonstrado que a gestão do tempo se encontra muito facilitada a médio e longo prazo, embora nos primeiros encontros a exigência seja maior, em termos de registo e de tempo. Uma vez conhecidas as pessoas, o seu ambiente e as situações, para o que a Ficha Global dá uma contribuição apreciável, todo o acto clínico passa a decorrer num ambiente de maior satisfação e eficácia.

Da fenomenologia¹⁷ e da semiótica¹⁸, partiram os seus fundamentos, a sua textura e a dinâmica que

proporciona em termos de consulta. Trata-se de atender a pedidos de ajuda que o trabalho sistematizado proporcionado pela Ficha Global torna cada vez mais previsíveis e de dar resposta a problemas em regra complexos, postos por uma população exigente, por vezes iatrogenizada em consultas hospitalares, em que o modelo lesional prevalece.

Reflectindo...

Ser criança, ser adolescente, ser jovem... Etapas de sonho do crescimento de cada ser! Gargalhadas estridentes, onde estais?! Sorrisos ingênuos, por onde andais?! Cantigas de meninos, fugistes das pausas da minha rua?!

Quando António Gedeão escreveu o poema «Pedra Filosofal», certamente pensava nos adultos que não sabiam ou não deixavam sonhar... Mas, mais triste ainda, é pensar que certas crianças, já na sua infância, se «esquecem» de sonhar...

«Eles não sabem que o sonho é uma constante da vida !

...

**Eles não sabem, nem sonham,
Que o sonho comanda a vida,
Que sempre que um homem sonha
O mundo pula e avança
Como uma bola colorida
Entre as mãos de uma criança!»**

António Gedeão

Entretanto a avó... A Maria Rosa que, de tantos espinhos, do perfume das suas pétalas já nem se lembra!... Perdeu a noção do sonhar... Os contos da avózinha estão guardados no fundo do baú. Assim se viveu uma vida inteira...

**«Falhei em tudo.
Como não fiz propósito nenhum,
talvez tudo fosse nada.
A aprendizagem que me deram,
Desci dela pela janela das
traseiras da casa.
Fui até ao campo com grandes
propósitos.
Mas lá encontrei só ervas e
árvores,
E quando havia gente era igual
à outra.
Saio da janela, sento-me numa
cadeira. Em que hei-de pensar?»**

Álvaro de Campos

É a vez dos netos saírem pela janela das traseiras!

Maria Rosa, a avó, já nem pode andar, está sentada. As janelas estão fechadas...

Ajudemo-la nós a abrir as portas!

Referências bibliográficas

1. Agostinho M, Rebelo L. Família: do conceito aos meios de avaliação. Rev Port Clín Geral 1988;5(32):6-17.
2. Sampaio D, Dantas AM. Alguns instrumentos para avaliação da família – sua aplicação em clínica geral e medicina familiar. Rev Port Clín Geral 1990;7(7): 263-6.
3. Machado H, Fonseca I, Costa P. A Ficha Global - Registo Médico Personalizado. Porto: Departamento de Medicina Familiar e Saúde Ocupacional do Hospital Geral de Santo António, 1997.
4. Medalie JH. Family Medicine: principles and applications. Baltimore: Williams and Wilkins Co, 1978.
5. Bowen M. The Key to the Genogram. Washington: Georgetown University Hospital, 1980.
6. Jolly W, Froom J, Rosen M. The Genogram. J Fam Pract 1980;10: 251-5.
7. Rakel RE. The Family Pedigree. In: Taylor RB. Family Medicine. Principles and Practice. New York: Springer Verlag, 1983.
8. Silva AP, Neves J, Bicho MC, Bicho MP. A importância da avaliação familiar e marcadores biológicos na previsão da hipertensão arterial. Rev Port Cardiol 1998 Abr;17(4):345 -51.
9. Medalie JH, Goldbourt U. Angina pectoris among 10000 men - psychosocial and other risk factors as evidenced by a multivariate analysis of a 5 years medicine study. Am J Med 1976;60:910-21.
10. Duvall EM. Marriage and Family Development. Philadelphia: JB Lippincott Company, 1977.
11. Smilkstein G. The Family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. J Fam Pract 1978;6:1231-9.
12. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the Family Apgar as a test of family function. J Fam Pract 1982; 15:303-9.
13. Thrower SM, Bruce WE, Walton RF. The Family Circle Method for integration Family Systems Concepts in Family Medicine. J Fam Pract 1982; 15:451-7
14. Imperatori E. Ficha familiar dos centros de saúde: vantagens e dificuldades. Rev Port Saúde Pública 1985; 3(3):51-6.
15. Segovia Dreyer I E . Estudo piloto do uso de três fichas familiares diferentes num centro de medicina familiar. II Jornadas Internacionais de Medicina Familiar das Américas, Espanha e Portugal; 1984; Panamá.
16. Rakel RE. Textbook of Family Practice. 5th ed. Philadelphia: Saunders, 1995.
17. Petrie JC, Intyre N. The Problem Oriented Medical Record (POMR) - Its use in Hospitals, General practice and Medical Education. Livingstone: Curchill, 1979.
18. Lopes RL. Clínica Psicopedagógica – Perspectiva da Antropologia

Fenomenológica e Existencial. Porto: Hospital Conde Ferreira, 1993.

19. Abreu JP. Comunicação e Medicina. Coimbra: Virtualidade, 1998.

Agradecimentos

Os autores agradecem sinceramente toda a preciosa colaboração e apoio prestado pelo Sr. Prof. Dr. Helder Machado, Director do Departamento de Medicina Familiar e Saúde Ocupacional do Hospital Geral de Santo António e Professor Convidado da cadeira de Medicina Social e Familiar do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar/Porto.

Agradecem, de igual modo, à Sra. Dra. Maria Teresa Ribeiro, Assistente Graduada de Medicina Familiar do Centro de Saúde de S. Mamede de Infesta, toda a atenção e colaboração prestadas.

Recebido em 14/04/1997

Aceite para publicação em 25/07/2000

Endereço para correspondência:

Carlos Manuel da Silva Martins

Rua de Santa Teresa, n.º 26 - 1.º

4460-806 Custóias MTS

Telef. 229 534 145

e-mail: famartins@mail.teleweb.pt