UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM

ADRIANA BARROS VIEGAS

**POSSIBILIDADES DE USO DE FERRAMENTAS DE ABORDAGEM
FAMILIAR NA CONSTRUÇÃO DA SAE NA APS: O GENOGRAMA
FUNCIONAL**

SÃO PAULO

2019

ADRIANA BARROS VIEGAS

**POSSIBILIDADES DE USO DE FERRAMENTAS DE ABORDAGEM
FAMILIAR NA CONSTRUÇÃO DA SAE NA APS: O GENOGRAMA
FUNCIONAL**

Versão corrigida da Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária a Saúde no SUS da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Ciências.

Área de concentração: Cuidado em Atenção Primária em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca Wanda Aguiar Horta da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

SÃO PAULO

2019

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Viegas, Adriana Barros

Possibilidades de uso de ferramentas de abordagem familiar na construção da SAE na APS: o genograma funcional / Adriana Barros Viegas. São Paulo, 2019.

114 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli

Área de concentração: Cuidado em Atenção Primária em Saúde

1. Relações familiares. 2. Atenção primária à saúde.
3. Enfermagem da família. I. Título.

Nome: Adriana Barros Viegas

Título: Possibilidades de uso de ferramentas de abordagem familiar na construção da SAE na APS: o genograma funcional.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária a Saúde no SUS da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli

Instituição: EEUSP

Assinatura: _____

Prof. ^(a) Dr. ^(a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. ^(a) Dr. ^(a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. ^(a) Dr. ^(a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida, pela benção da saúde e proteção que me trouxe em cada momento.

A querida orientadora, Prof.^a Dr.^a Elma Lourdes de Campos Pavone Zoboli, pela paciência, dedicação, ensinamentos e palavras de conforto e incentivo em nossos inúmeros encontros a distância para orientação.

A minha mãe Izabel, que esteve presente em todos os momentos que mais precisei, e mesmo quando estava longe, obrigada por cada oração dedicada a mim.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que por meio do Edital Capes/COFEN nº 27/2016 permitiram que essa pesquisa se concretizasse.

Viegas AB. Possibilidades de uso de ferramentas de abordagem familiar na construção da SAE na APS: o genograma funcional. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2019.

RESUMO

INTRODUÇÃO: No Brasil, a Atenção Primária a Saúde (APS) está estruturada por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Ao organizar o processo de cuidado a ESF deve se levar em conta a diversidade cultural, religiosa, racial, social e familiar dos usuários no território. O cuidado à saúde da família deve levar em conta o contexto social e histórico, para compreender como este impacta ou mesmo determina a dinâmica familiar. A saúde familiar pode ser entendida como um estado dinâmico de mudança de bem-estar, incluindo fatores biológicos, psicológicos, espirituais, sociológicos e cultural do sistema familiar, referindo-se tanto aos indivíduos quanto a toda unidade familiar. A avaliação da saúde familiar envolve, portanto, a avaliação simultânea dos membros da família e de todo o sistema familiar. Segundo algumas pesquisas, há um despreparo da equipe de ESF para assistir as famílias, prevalecendo ainda na prática um modelo hegemônico, ou seja, curativo e individual da assistência. No entanto, há algumas ferramentas de abordagem familiar apontadas na literatura para trabalho em APS como o genograma, o FIRO, o PRACTICE, o APGAR familiar e o ecomapa. **OBJETIVO:** Propor possibilidades de uso de ferramentas de abordagem familiar para a enfermagem na ESF. **MÉTODO:** Revisão sistematizada tipo *Scooping Review*. Foi feito um levantamento primário para identificar os textos originais das ferramentas: APGAR Familiar, FIRO, PRACTICE, genograma, ecomapa. O propósito era chegar aos documentos primários feitos pelos propositores das ferramentas de abordagens ao apresentá-las pela primeira vez em publicações, com vistas a discutir as concepções, funções, relações e perspectivas de família presentes. **RESULTADOS:** Foram encontradas todas as referências originais das ferramentas de abordagem familiar. As propositoras do PRACTICE basearam-se na teoria dos sistemas, e trazem um conceito de família nuclear tradicional, hierarquizada. O APGAR de família também construído com base na teoria de sistemas, contudo adota um conceito de família mais abrangente, que não leva em conta os laços sanguíneos. Os propositores do *Family FIRO* basearam-se na ferramenta FIRO®, para propor uma estratégia de terapia familiar. Esta ferramenta também adota uma visão de família hierarquizada, com limites e regras bem estipulados. O genograma e ecomapa foram excluídos da análise das categorias da revisão por terem seu arcabouço teórico bastante conhecido e estudado, bem como seu uso difundido na ESF, podendo ser usado, junto com as demais ferramentas, como recursos gráficos para retratar as relações intra e extrafamiliares. **CONCLUSÃO:** As ferramentas PRACTICE e FIRO tem possibilidades restritas de uso na construção da SAE na ESF, por se basearem em um tipo de família bastante diferente do que se encontra no território e por exigirem qualificação fora do escopo exigido para o enfermeiro na APS. A ferramenta APGAR de família tem mais possibilidades de uso na SAE por considerar os diversos arranjos familiares; por ser a única com tradução e validação do instrumento para a língua portuguesa; por ter sido concebida na prática clínica da Medicina de Família. Portanto, recomenda-se o uso do genograma e APGAR de maneira conjunta, formando o genograma funcional, e do ecomapa, para a construção da SAE a família na ESF, especialmente no contexto de cuidado às condições crônicas de saúde.

Palavras-chaves: Relações familiares. Saúde da família. Atenção primária a saúde. Enfermagem Familiar.

Viegas AB. Possibilities of using familiar approach tools in the construction of Systematization of Nursing Assistance in Primary Health Care: the functional genogram [dissertation]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2019.

ABSTRACT

INTRODUCTION: In Brazil, Primary Health Care is structured through the Family Health Strategy. When organizing the care process the Family Health Strategy should take into account the cultural, religious, racial, social and family diversity of the users under its responsibility. By reorganizing the health work process towards family care, the Family Health Strategy takes into account the social and historical context to understand how it impacts or even determines family dynamics. Family health can be understood as a dynamic state of well-being change, including biological, psychological, spiritual, sociological, and cultural factors in the family system, referring to both individuals and the entire family unit. Family health assessment therefore involves the simultaneous assessment of family members and the entire family system. According to some studies, there is a lack of preparation of the Family Health Strategy team to assist families, still prevailing in practice a hegemonic model, ie curative and individual care. However, there are some familiar approach tools in the literature for Primary Health Care work that include the genogram, family life cycle, FIRO, PRACTICE, Family APGAR, network maps or ecomaps. **OBJECTIVE:** To propose possibilities of using family approach tools for nursing in the FHS. **METHOD:** This study is a systematic Scooping Review. A primary survey was made to identify the original texts of the tools: Family APGAR, FIRO, PRACTICE, genogram, ecomap. The purpose was to identify the authors / proponents of the approaches as cited in the articles that somehow mentioned the use or some discussion of these tools, especially in PHC. **RESULTS:** All original references of family approach tools were found. The PRACTICE proponents were based on systems theory, and bring a concept of hierarchical, traditional nuclear family. The family APGAR also built on systems theory, however adopting a broader family concept that does not take into account blood ties in line with the Ministry of Health concept. Family FIRO proponents have based it if in the FIRO[®] tool, which was built based on several theories, but the FIRO[®] is a group work instrument. The Family FIRO was built for the work of family therapy. Adopting a concept of family also hierarchized, with limits and rules in stipulated. The genogram and ecomap were excluded from the review because their theoretical framework was already known and studied, as well as their use already known and standardized in the Family Health Strategy. **CONCLUSION:** The PRACTICE and FIRO tools were not suitable for the construction of Systematization of Nursing Assistance in the Family Health Strategy, as they are limited as to the type of family to work on as to the theoretical framework needed for proper use. The APGAR tool proved to be adequate both in the application to various family arrangements and the translation and validation of the instrument to the Portuguese language. Therefore, it is recommended to use the genogram and APGAR together, forming the functional genogram, and the ecomap, for the construction of Systematization of Nursing Assistance in the Family Health Strategy, especially in the context of care for chronic health conditions.

Keywords: Family Relations. Family Health. Primary Health Care. Family Nursing

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Perspectivas de abordagens à família.....	22
Figura 2 -	Símbolos utilizados no genograma	25
Figura 3 -	Símbolos utilizados para representação das relações	25
Figura 4 -	Etapas realizadas no estudo.....	43
Figura 5 -	Conceitos que influenciam a enfermagem familiar.....	46
Figura 6 -	Ferramentas de abordagem familiar segundo a perspectiva de abordagem da família proposta por Hanson (2005).....	92

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Ciclo de vida das famílias	27
Quadro 2 -	Questionário APGAR Familiar.....	34
Quadro 3 -	Diferenças entre a revisão sistemática e a <i>Scoping Review</i>	39
Quadro 4 -	Bases de dados da pesquisa bibliográfica	42
Quadro 5 -	Termos usados como estratégia de busca	43
Quadro 6 -	Síntese de teorias de enfermagem aplicáveis à enfermagem familiar	47
Quadro 7 -	Questionário APGAR Familiar.....	65
Quadro 8 -	Conceitos da <i>Family FIRO</i>	73
Quadro 9 -	Documentos primários das ferramentas de abordagem familiar usados para a extração das categorias, conforme ferramenta, propositores, tipo, ano e país de publicação.	85
Quadro 10 -	Categorias função, estrutura e relação familiar, segundo cada ferramenta de abordagem.....	88

LISTA DE ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária a Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializada em Assistência Social
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FFI	<i>Family Function Index</i>
JBÍ	Joanna Briggs Institute
MPAPS	Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária a Saúde no SUS
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PCATool	Primary Care Assessment Tool
PE	Processo de Enfermagem
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SUAS	Sistema Único de Assistência Social

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 ARRANJOS FAMILIARES, FUNÇÕES E RELAÇÕES.....	16
1.2 INFLUÊNCIA SOCIOCULTURAL NA SAÚDE FAMILIAR	18
1.3 A ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE E O FOCO NA FAMÍLIA.....	21
1.4 ALGUMAS FERRAMENTAS DE ABORDAGEM FAMILIAR	24
2 OBJETIVOS	36
2.1 OBJETIVO GERAL	36
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	36
3 MÉTODO	38
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	38
3.1.1 Pergunta de busca	41
3.1.2 Coleta de dados.....	41
3.1.3 Análise dos dados	44
3.2 QUADRO TEÓRICO	44
4 RESULTADOS	50
4.1 PRACTICE	50
4.1.1 Categorias de análise	55
4.2 APGAR	61
4.2.1 Categorias de análises.....	66
4.3 FIRO® e <i>Family</i> FIRO.....	68
4.4 GENOGRAMA E ECOMAPA.....	76
5 DISCUSSÃO	85
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	97
7 PRODUTO FINAL	101
REFERÊNCIAS	109

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Sou enfermeira formada pela Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul em 2009. Atuo como enfermeira de Estratégia de Saúde da Família (ESF) desde janeiro de 2011, quando assumi o cargo de enfermeiro por meio de concurso público do Município de Itapeva/SP. Nesse tempo, atuei em três equipes, sendo duas delas localizadas na zona rural do município. O interesse pela saúde coletiva e pela ESF começou desde a graduação, onde realizei estágio voluntário em ESF e, também, a pesquisa do Trabalho de Conclusão de Curso.

O trabalho em ESF de zona rural é cheio de peculiaridades, como costumes da população, simplicidade no modo de vida, pouca escolaridade da maioria da população adulta, e, por isso, o processo de trabalho da enfermagem deve ser adaptado a essa realidade. Apesar de morar desde o meu nascimento em área urbana, adaptei-me melhor ao trabalho com os habitantes da área rural, criando vínculos com as famílias e com a equipe da ESF, principalmente com os ACS, que também são moradores da área rural.

Durante meu percurso dentro do trabalho em ESF, realizei em 2012 a especialização *latu sensu* em Saúde da Família, modalidade de Ensino a Distância, pela Universidade Federal de São Paulo/ UNIFESP, procurando, assim, aprimorar minhas práticas de cuidado. Em 2014, cursei a especialização *latu sensu* na área de conhecimento de Cuidado Pré-Natal, modalidade de Ensino a Distância, também pela Universidade Federal de São Paulo/ UNIFESP.

Deste modo, procurei sempre estudar e trabalhar na ESF e foi assim que descobri o Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária a Saúde no SUS (MPAPS), como possibilidade de aprofundar meus conhecimentos sobre a Atenção Primária a Saúde e o cuidado à família, seja como objeto de estudo como da intervenção na Saúde Coletiva.

O processo seletivo para ingresso no MPAPS se deu pelo edital CAPES/COFEN, no qual teve como foco a Sistematização da Assistência de Enfermagem às Famílias na Atenção Básica.

Acredito que o contato com o arcabouço teórico da Saúde Coletiva, e da experiência desta pesquisa com ferramentas de abordagens familiar trará novas reflexões e ações para compreender o emprego de tecnologias do cuidado em saúde, assim como nova prática no trabalho com as famílias adscritas no meu local de trabalho, podendo acerrar a minha prática de enfermagem em atenção primária das peculiaridades das famílias das quais cuido, como descrito acima.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a Atenção Primária a Saúde (APS) está estruturada por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que é composta por equipes multiprofissionais, cujo processo de cuidado baseia-se no vínculo com a comunidade adscrita em uma área geográfica específica. Ao organizar o processo de cuidado, a ESF deve levar em conta a diversidade cultural, religiosa, racial, social e familiar dos usuários sob sua responsabilidade. Um dos pilares da ESF é o princípio da longitudinalidade do cuidado, cuja prática concretiza-se na atenção centrada na pessoa, envolvendo o usuário, a família e a comunidade desde o planejamento do cuidado, na perspectiva da corresponsabilidade pela saúde (Brasil, 2012).

Ao reorganizar o processo de trabalho em saúde, voltando-o para o cuidado à família, a ESF leva em conta o contexto social e histórico, para compreender como este impacta ou mesmo determina a dinâmica familiar. Para isto, a equipe de ESF toma como parte importante de seu trabalho as visitas domiciliares, o cadastramento familiar e a construção de vínculo com as famílias adscritas. Assim, pode-se dizer que a ESF é um ambiente tecno-assistencial que requer o uso das ferramentas de abordagem familiar.

A definição de família utilizada pelo Ministério da Saúde para nortear o trabalho das ESFs é:

No Cadastro da Atenção Básica, o **núcleo familiar ou família** corresponde à unidade nuclear composta por uma ou mais pessoas, eventualmente ampliada por outras que contribuam para o rendimento ou tenham suas despesas atendidas por ela, todas moradoras de um mesmo domicílio. Para cada núcleo familiar, deve-se informar um **responsável familiar**. A definição deste responsável familiar é feita pela própria família, sendo, preferencialmente, morador deste domicílio e integrante desta unidade familiar (independentemente se há algum grau de parentesco), com idade superior a 16 anos (Brasil, 2014, p. 20).

Esta única definição de família presente nos documentos do Ministério da Saúde para a ESF, talvez por priorizar o cadastramento, parece inspirar-se nas concepções comuns ao recenseamento populacional que toma como base a unidade domiciliar, enquanto domicílio particular ou unidade de habitação em domicílio coletivo, e considera nos domicílios a unidade doméstica, que pode ser tanto a pessoa que mora sozinha como o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência. Disso decorre, para

fins de recenseamento, a família vista como o conjunto de pessoas que têm laços de parentesco ou dependência na unidade doméstica (IBGE, 2010).

Entretanto, há outras concepções de família registradas na literatura em saúde, como a de Mendes (2012), que para analisar e discutir o cuidado a ser oferecido ao grupo familiar, considera a família como um sistema social em transformação constante, determinado por fatores internos e ciclos de vida que interagem com as mudanças sociais. Acrescenta, ainda, que os membros da família compartilham o mesmo contexto social de pertencimento, sendo um sistema complexo de relação.

Hanson (2005, p. 6) entende que a família pode ser concebida como “dois ou mais indivíduos, que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e econômico”. Para a autora, “os membros da família são autodefinidos”, e assinala, ainda, que a família é uma palavra que evoca diferentes imagens para o indivíduo ou grupo e cujo significado vem evoluindo com o tempo.

Para Osório (2002), a família é uma unidade grupal na qual se desenvolvem, essencialmente, três tipos de relações pessoais: de aliança, de filiação e de consanguinidade. O autor destaca que a família desenvolveu, através dos tempos, funções diversificadas para a transmissão de valores éticos, estéticos, religiosos e culturais.

A família pode ser compreendida em diferentes perspectivas (Chapadeiro, Andrade, Araújo, 2011; Hanson, 2005):

- Legal: relação concebida por laços de sangue, adoção, tutela ou casamento;
- Biológica: relação genética entre pessoas (pais, mães e filhos);
- Sociológica: grupos de pessoas que vivem juntas, uma das instituições sociais que especificam os preceitos de comportamentos do indivíduo;
- Psicológica: unidade com laços emocionais em que o funcionamento de um membro afeta o conjunto da família;
- Antropológica: um agregado que partilha um universo de valores, códigos e normas, relacionados ao processo de socialização do indivíduo.

A literatura e a prática na ESF apontam que o modelo de família formada por um pai provedor, uma mãe dona de casa e seus filhos não é o tipo de arranjo doméstico predominante contemporaneamente no Brasil, como em outros países. Este modelo tradicional de família é encontrado, mas, em geral, não é uma família homogênea ou harmonicamente integrada como

sugerem algumas descrições idealizadas que desconSIDERAM o contexto de desigualdades sociais, com seus mecanismos de exclusão e estratificação social que modificaram as famílias ao longo dos tempos (Alves, Cavenaghi, Barros, 2010).

Desse modo, torna-se necessário refletir sobre os diferentes arranjos familiares e como estes se expressam nas funções e apoiam-se nas relações de seus membros.

1.1 ARRANJOS FAMILIARES, FUNÇÕES E RELAÇÕES

A noção de família una, sadia e sem conflitos vem cedendo lugar à noção de família como uma instituição pluralista, complexa e com tensões de diferentes ordens. A família é a mais antiga e universal instituição social e, como tal, possui uma estrutura que determina um conjunto de papéis sociais que se administram em meio à busca de equilíbrio entre poder e benefícios, conflito e consenso (Alves, Cavenaghi, Barros, 2010).

A estrutura familiar é o conjunto ordenado de relações entre as partes da família e entre a família e outros sistemas sociais (Hanson, 2005). Impulsos exógenos geram mudanças na família, alterando o equilíbrio institucional de direitos e deveres, de poderes e dependências (Alves, Cavenaghi, Barros, 2010). Estas mudanças têm importância na atenção à saúde na ESF, pois a estrutura, a função e o processo da unidade familiar individual influenciam e são influenciados pelo estado de saúde dos indivíduos e pela saúde familiar (Hanson, 2005).

Para descortinar a estrutura de uma família, é necessário, segundo Hanson (2005), identificar os indivíduos que a constituem, as relações entre eles e as relações da família com outros sistemas sociais. Com isso, as posições que os indivíduos assumem dentro da família e as relações entre os membros são destacadas. Ao se fazer esta entrevista da família, os profissionais da APS devem ter em mente o que ressaltam Chapadeiro, Andrade e Araújo (2011): que há uma ampla variação de organização familiar tanto de uma sociedade para outra como dentro da mesma sociedade.

Osório (2002) afirma que a família pode se apresentar sob três formatos básicos: a nuclear, a extensa e a abrangente. A família nuclear é a constituída pela relação pai-mãe-filhos. A Família extensa é composta pela extensão do núcleo familiar, com a inclusão de outros membros com quaisquer laços de parentescos. A família abrangente é a que inclui membros que não são parentes, mas que coabitam no domicílio (Osório, 2002).

Hanson (2005) elenca outros tipos de arranjos familiares, tal como a família binuclear, que é formada por duas famílias após divórcio e com filhos de ambos os relacionamentos. A autora cita, também, a família reconstituída, que é composta por marido, mulher e filhos de relações anteriores, e a família monoparental, que se constitui por um pai ou por uma mãe e filhos. No Brasil, é mais comum a família monoparental constituída por mulheres (Pizzi, 2012). Hanson (2005) ainda menciona a coabitação que é composta por parceiros homens e mulheres solteiros(as) que compartilham uma habitação, e a família homossexual, composta por casal do mesmo sexo.

A função da família, segundo Hanson (2005), refere-se ao objetivo que esta desempenha em relação ao indivíduo, aos outros sistemas sociais e à sociedade. Há algumas funções sociais que, culturalmente, são atribuídas às famílias: regulação sexual e a cooperação econômica. Quanto a primeira, é importante lembrar que, nas famílias tradicionais, antes da crise do patriarcado e da liberação sexual, o casamento provia o foro legítimo para a expressão da necessidade humana básica de atividade sexual, tornando-a possível na ordem social. Quanto à segunda, a cooperação econômica entende que o vínculo permite a divisão do trabalho e possibilita a aquisição de mais bens e serviços. Entretanto, a função básica e precípua da família é a socialização, ou seja, o desenvolvimento da capacidade de viver em grupo (Pizzi, 2012).

Neste sentido, Chapadeiro, Andrade e Araújo (2011) afirmam que a família possui duas funções especiais: a socializadora e a de identificação. A socializadora destina-se a transmitir a herança sociocultural, costumes e valores a crianças e jovens, construindo comportamentos esperados para o ingresso na sociedade. A função de identificação social refere-se a proporcionar aos indivíduos a conquista de determinada posição social.

Para Osório (2002), a função familiar divide-se em biológica, psicológica e social. A função biológica é a da garantia da sobrevivência da espécie por meio do cuidado ministrado aos recém-nascidos. A função psicológica é a da provisão do afeto indispensável à sobrevivência emocional não apenas dos bebês, mas também dos demais componentes da família, além de proporcionar um ambiente adequado para a aprendizagem que constrói o processo cognitivo do ser humano. E a função social da família é a da transmissão das pautas culturais e da preparação para o exercício da cidadania.

A despeito da diversidade dos arranjos, das mudanças e do dinamismo das relações, a família permanece como matriz da socialização das pessoas, por isso está presente em diversas culturas como forma de relação social constitutiva do ser humano. Cumpre a função precípua de mediação do sujeito com a sociedade, pois é em seu seio que se engendra a construção das

referências socioculturais e das identidades, na formação da pessoa e nas respostas a problemas e necessidades cotidianas. O que se modifica nesta função com as transformações da família é que a socialização não ocorre como efeito direto de uma instituição, de uma célula mater, mas como produto das trocas relacionais entre os diversos atores sociais e familiares (Costa, 2009).

As relações familiares ou o processo familiar são definidas como a interação contínua entre os membros da família, sendo que famílias com estruturas e funções idênticas podem interagir de modo diferente. O papel familiar é a posição de cada um dentro da família, e este por sua vez pode ser o elemento mais importante para uma reabilitação da saúde bem-sucedida de um membro da família (Hanson, 2005).

Para Cecagno, Souza e Jardim (2004), cada grupo familiar se reproduz e define os papéis de seus membros segundo os padrões estabelecidos dentro da família e na região onde vive.

Com a crise do patriarcado e as conquistas feministas, a tendência atual são relações familiares cada vez mais simétricas, distribuição dos papéis e obrigações, com flexibilidade para conformar-se às mudanças sociais. As relações entre pais e filhos também se modificaram, deixando de pautar-se pela imposição autoritária e hierárquica para valorizar um relacionamento mais aberto, baseado na possibilidade de diálogo. A família conforma uma organização complexa de relações e precisa organizar, produzir e dar forma a elas, com permanentes adaptações da rede relacional familiar frente às constantes transformações internas e externas. Estas adaptações relacionam-se diretamente ao processo de desenvolvimento das famílias como um grupo, compaginando as diferentes fases do ciclo vital familiar e de cada membro (Prata, Santos, 2007).

1.2 INFLUÊNCIA SOCIOCULTURAL NA SAÚDE FAMILIAR

A saúde familiar, para Hanson (2005 p. 7), é um “estado dinâmico de mudança de bem-estar, incluindo fatores biológicos, psicológicos, espirituais, sociológicos e culturais do sistema familiar” referindo-se tanto aos indivíduos quanto a toda unidade familiar.

Com base neste entendimento, as influências socioculturais na saúde familiar incluem: o meio socioeconômico; a classe social à qual pertence a família; a cultura familiar; o local onde vivem. Para Hanson (2005), a influência cultural molda os valores, papéis e comportamentos da família, as escolhas do modo de vida, como são estabelecidos os relacionamentos sociais e como se determina a saúde e doença. Já a classe social da família,

segundo a autora, influencia o comportamento familiar, sobretudo no estilo de vida, que pode determinar situações de estresse e/ou promotoras da saúde (Hanson, 2005).

Kaakinen e Webb (2015) ponderam que não há consenso na compreensão do que vem a ser saúde da família, mas, corroborando a concepção proposta por Hanson (2005), afirmam que a abordagem integral da saúde da família inclui cada membro individualmente, a família como uma entidade e sua inserção no contexto da comunidade. Assim, a avaliação da saúde da família envolve, simultaneamente, a avaliação dos membros familiares individualmente, do sistema familiar como um todo e da comunidade onde está inserida a família. As autoras destacam que, nestas avaliações, a enfermeira precisa ter em mente que as famílias não são boas ou más, mas que todas têm pontos de resiliência e fortalecimento sobre os quais a assistência deveria trabalhar, com base em uma sistematização, para traçar as intervenções e planos de ação.

O funcionamento da família modifica-se segundo o ciclo vital familiar. Famílias equilibradas são aquelas com habilidade para se adaptar às situações, demonstrando flexibilidade na liderança, relações, papéis, controle, disciplina, negociação, divisão de tarefas e responsabilidades. Estas famílias possibilitam a independência dos membros sem que isso signifique a desconexão com a família como um todo, ou seja, há coesão familiar (Kaakinen, Webb, 2015).

Hanson (2005) aponta alguns traços de famílias saudáveis, sendo útil ao enfermeiro incluir uma avaliação destes ao abordar a saúde familiar. Para a autora, nas famílias saudáveis, os membros: se comunicam bem, escutam-se e apoiam-se mutuamente; respeitam-se uns aos outros e ensinam que esse é um importante valor; têm um senso de confiança; divertem-se juntos, compartilham tempos de lazer, mantendo presente um sadio senso de humor; interagem de maneira equitativa; têm um senso de corresponsabilidade; valorizam ritos, tradições, espiritualidade, privacidade; abrem-se para buscar ajudar na resolução de seus problemas.

As transformações socioeconômicas, políticas e jurídicas pelas que a sociedade passou ao longo do século XX envolveram a família e isso, por certo, tem repercussões na saúde familiar e precisa ser considerado na avaliação que se faz para o planejamento do cuidado. O papel da mulher como esposa/dona-de-casa se alterou, bem como o papel do homem pai de família/provedor. Porém, isso não significa a superação desses papéis, pois o que houve foi a modificação das estruturas familiares e das estratégias de sobrevivência, principalmente dos pertencentes às classes sociais mais desfavorecidas (Chapadeiro, Andrade, Araújo, 2011).

A participação feminina no mercado de trabalho formal acentuou-se ao longo do século XX, mas é importante considerar também sua inserção nos setores informais e seu trabalho domiciliar. No Nordeste, na segunda metade do século XIX, a divisão de tarefas entre os membros da família já não seguia o definido pelo modelo patriarcal, com homens e mulheres dividindo deveres e trabalhando para a sobrevivência do grupo. Por isso, desde os anos 1970, a historiografia brasileira passou a incorporar a ideia de que convivem, no Brasil, múltiplos modelos familiares (Samara, 2002).

Na saúde da família, é preciso se apropriar desta convivência de diversos arranjos familiares, pois importam para o reconhecimento dos pontos de resiliência e fortalecimento a serem reforçados. Se o profissional de saúde operar sua prática a partir de um modelo idealizado de família patriarcal, terá dificuldades para captar e lidar com a realidade na qual trabalha.

Uma abordagem da família que pondere as mudanças sociais e econômicas às quais as pessoas estão sujeitas parece ter mais potencial para responder com maior precisão às transformações internas familiares e a como estas se relacionam com a sociedade mais ampla, seja na perspectiva particular ou estrutural (Teruya, 2000).

No século XXI, os diferentes arranjos familiares decorreram de um contexto sociocultural marcado por: (i) fim do patriarcado não só como norma, pois o poderio masculino tornou-se ilegítimo com os Tratados e Convenções em defesa dos Direitos Humanos que propugnam a eliminação de todas as formas de discriminação; (ii) fim da padronização hierarquizada e ordenada pelo modo industrial de produção que se impunha até na ordem sociosexual da sociedade, abrindo-se a complexidade da dinâmica familiar com casamento, não-casamento, idades variáveis ao casar, coabitação, uniões informais, temporárias, do mesmo sexo, nascimentos extraconjugais, não-nascimentos; (iii) declínio da fecundidade e transformação das estruturas etárias das populações, com as transições demográfica e seu importante reflexo para a saúde: a transição epidemiológica (Alves, Cavenaghi, Barros, 2010).

Apesar de todas estas transformações socioculturais na estrutura familiar, ainda se mantêm traços do patriarcado quanto às divisões de gênero nas tarefas e obrigações da família, com o privado cabendo às mulheres e o público aos homens. Isso fica patente nos momentos de doença de um dos membros, especialmente idosos e crianças quando permanecem no âmbito doméstico, pois se evidencia a centralidade feminina no cuidado, ou seja, a mulher mantém-se como a grande responsável pela saúde da família. Portanto, considerar que as transformações na família não se processam com a mesma intensidade ou têm os mesmos padrões em todos

contextos sociais parece bem apropriado para pautar a enfermagem na APS estruturada pela ESF (Trad, 2010).

1.3 A ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE E O FOCO NA FAMÍLIA

Na Rede de Atenção à Saúde (RAS), a APS tem como principais funções: estabelecer e manter a base populacional, resolver mais de 90% dos problemas de saúde e coordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações pela Rede. Quanto à base populacional, é preciso que as equipes multiprofissionais de saúde orientem sua prática compreendendo que a população à qual atendem não se apresenta como uma população contabilizada como nos censos populacionais ou rotulada como nos perfis epidemiológicos. As populações adscritas a cada UBS são pessoas organizadas socialmente em famílias e é nessa condição que se vinculam às equipes de ESF.

Assim, o conhecimento da família oferece não apenas o contexto para uma avaliação que ajude no diagnóstico, mas também é importante na tomada de decisão sobre uma intervenção mais apropriada à realidade, já que as famílias têm capacidades, resiliências e pontos fortes diferentes para realizar o tratamento e o manejo de estratégias recomendadas, no enfrentamento e na vivência do processo saúde-doença-cuidado (Starfield, 2002).

A APS no SUS adota em sua prática, com a ESF, a orientação familiar da assistência e esta se efetiva quando: o alcance da integralidade é suficiente para abarcar a consideração do indivíduo inserido em seus ambientes; a avaliação das necessidades considera o contexto familiar e sua exposição aos fatores de desgaste e fortalecimento; a coordenação da atenção considera os recursos familiares, muitas vezes, limitados (Starfield, 2002).

Todavia, uma revisão sistemática de estudos de avaliação da APS no SUS, com o uso do instrumento PCATool¹, mostrou que os escores de atributos que estimam a orientação familiar e comunitária da atenção prestada têm sido considerados insatisfatórios, o que pode comprometer a efetivação da ESF como foi proposta. Este panorama parece reforçar a necessidade das equipes de ESF adotarem, em seus processos de trabalho, meios e instrumentos para a abordagem da família ao planejarem as intervenções e ações (Prates, et al, 2017).

¹ Primary Care Assessment Tool (PCATool)

A literatura reúne diferentes perspectivas de abordagem da família no cuidado, dentre as quais Hanson (2005), Kaakinen e Webb (2015) destacam quatro como as principais: contexto, cliente, sistema e componente social. A primeira perspectiva de abordagem entende a família como o contexto do desenvolvimento individual, concentrando-se na avaliação e nos cuidados ao indivíduo doente, com a família sendo vista como o contexto de pertencimento, um recurso ou fator de estresse para a saúde ou doença individual. A segunda perspectiva compreende a família como cliente do cuidado prestado, assim, em primeiro plano vem a família e o indivíduo fica em segundo, sendo, neste tipo de abordagem, cada pessoa da família avaliada e os cuidados de saúde prestados a todos os membros. Na terceira perspectiva de abordagem, vê-se a família como um sistema e o alvo das intervenções são as interações entre os familiares. A quarta perspectiva compreende a família como um componente social, ou seja, o grupo familiar é visto como uma instituição dentro da sociedade, estando em interação com outras instituições sociais para receber, trocar ou fornecer comunicação e serviços.

A Figura 1 apresenta as quatro perspectivas de abordagem no cuidado à família conforme o diagrama proposto por Hanson (2005).

Figura 1 - Perspectivas de abordagens à família

Fonte: Hanson, 2005

A atenção centrada na família, segundo Mendes (2012), considera o indivíduo e a família como um sistema e, conseqüentemente, aplica-se à clínica com três dimensões simultâneas:

- Marco teórico de referência para melhor compreensão da situação de saúde;
- Parte dos recursos que os indivíduos dispõem para se manterem sãos ou recuperarem a saúde;
- Unidade de cuidado de cada membro.

Muitos dos comportamentos saudáveis e de risco são aprendidos dentro do contexto familiar e as famílias são afetadas quando um ou mais membros têm problemas de saúde (Hanson, 2005). A eficácia do cuidado é melhor quando se dá ênfase à família e não apenas ao indivíduo, sendo a promoção, manutenção e restauração da saúde familiar importantes para a efetividade da APS em seus atributos e funções.

Segundo algumas pesquisas têm apontado, há um despreparo da equipe de ESF para assistir as famílias, prevalecendo ainda na prática um modelo hegemônico, ou seja, a assistência de matriz curativa e individual (Faquinello, Marcon, Waidmann, 2011; Silva M, Silva L, Bousso, 2011). A família é percebida, pelos profissionais, como fator que contribui ou atrapalha o tratamento do indivíduo e que também sofre o impacto da doença em um de seus membros, mas não como uma rede social de apoio (Silva M, Silva L, Bousso, 2011).

A adoção, no trabalho das equipes de ESF, de ferramentas de abordagem familiar poderia auxiliar os profissionais a perceber as demandas, as ansiedades, os sofrimentos e os potenciais de apoio na dinâmica familiar (Silva M, Silva L, Bousso, 2011). Assim, o trabalho na ESF requer que as equipes introduzam, na rotina clínica dos cuidados primários, ferramentas de abordagem das famílias. As ferramentas de abordagem familiar são tecnologias advindas, principalmente, da Psicologia e Sociologia, com o objetivo de estreitar relações entre os profissionais e as famílias, promovendo a compreensão do funcionamento do indivíduo e de suas relações com a família e a comunidade (Mendes, 2012).

Embora se reconheça a potência da ESF para tomar a família como objeto de seu cuidado, os profissionais ainda possuem uma prática assistencial voltada para a atenção individual e há poucas informações disponíveis sobre o quantitativo de intervenções realizadas sobre famílias e, na prática, sequer existe um instrumento de abordagem familiar definido para a ESF (Silva M, Silva L, Bousso, 2011).

A ausência de uma problematização do lugar da família no modelo de atenção à saúde e nas ações cotidianas da ESF aliada ao uso pouco refletido da noção de comunidade favorecem ou deixam espaço aberto para obstáculos que impedem ações em saúde com foco na família e no contexto social dos usuários, de forma efetiva. O reconhecimento da importância de tomar a família como foco de atenção à saúde, com a adoção de ferramentas apropriadas à abordagem familiar no contexto da ESF, baseia-se na necessidade de se considerar seu contexto social, suas formas de cuidar da saúde, de enfrentar a doença, suas representações sobre si e sobre os outros (Sarti, 2010).

1.4 ALGUMAS FERRAMENTAS DE ABORDAGEM FAMILIAR

As ferramentas de abordagem familiar apontadas na literatura para trabalho em APS incluem, dentre outras, o genograma, o ciclo de vida da família, o *Fundamental Interpersonal Relations Orientation* (FIRO) o *Problem, Roles and structures, Affect, Communication, Time in life, Illness in family, Coping with stress, Environment or ecology* (PRACTICE.), o APGAR familiar, os mapas de rede ou ecomapas (Chapadeiro, Andrade, Araújo, 2011; Mendes, 2012).

O genograma caracteriza-se por identificar a estrutura familiar e seu padrão de relação, mostrando as doenças que costumam ocorrer, a repetição dos padrões de relacionamento e os conflitos que desembocam no processo de adoecer (Mendes, 2012). Para Wright e Leahey (2012), o genograma é uma árvore familiar que representa a estrutura interna da família e pode incluir dados sobre saúde, ocupação, religião, etnia e migrações.

Os membros da família são colocados em séries horizontais significando linhagens de gerações; é comum incluir, pelo menos, três gerações (Wright, Leahey, 2012). Alguns símbolos são utilizados, usualmente, para a representação do genograma, como mostram as Figuras 2 e 3:

Figura 2 - Símbolos utilizados no genograma **Fonte:** Brasil, 2013**Figura 3 -** Símbolos utilizados para representação das relações **Fonte:** Brasil, 2013

O ciclo de vida da família divide a história familiar em estágios de desenvolvimento, caracterizando papéis e tarefas específicas a cada um dos estágios. A compreensão dos ciclos e dos modos como estes interferem na saúde permite prever quando e como determinadas condições de saúde podem emergir, além de identificar, para cada estágio, as tarefas a serem cumpridas pelos membros da família e os tópicos de promoção da saúde familiar que podem ser implementados (Mendes, 2012).

O Quadro 1 mostra os estágios do ciclo de vida, tarefas esperadas e tópicos de prevenção.

Quadro 1 - Ciclo de vida das famílias

continua			
Fase do ciclo	Características	Tarefas	Tópicos de prevenção
Adulto jovem independente	<p>Autonomia e responsabilização emocional e financeira.</p> <p>Investimento profissional.</p> <p>Síndrome dos filhos-cangurus (permanência na casa dos pais na vida profissional)</p>	<p>Diferenciação do eu em relação à família.</p> <p>Desenvolvimento de relacionamentos íntimos com adultos iguais.</p> <p>Estabelecimento do eu com relação ao trabalho, com independência financeira.</p>	
Casamento	<p>O novo casal inicia a vida a dois.</p> <p>Comprometimento com um novo sistema familiar.</p> <p>Renegociação das relações com seus pais e amigos novos e antigos.</p>	<p>Construção de regras próprias de funcionamento.</p> <p>Formação do sistema conjugal e realinhamento dos outros relacionamentos.</p> <p>Maior autonomia em relação à família de origem e à tomada de decisão sobre filhos, educação e gravidez.</p>	<p>Discutir a importância da comunicação.</p> <p><i>Fornecer informações sobre planejamento familiar.</i></p>

Quadro 1 - Ciclo de vida das famílias

Fase do ciclo	Características	Tarefas	Tópicos de prevenção continuação
Nascimento do primeiro filho	<p>Gravidez: profundas transformações e novos acordos.</p> <p>Nascimento: função materna.</p> <p>A mãe sente-se sobrecarregada e o pai pode afastar-se mais.</p>	<p>Abertura da família para a inclusão de um novo membro.</p> <p>Divisão dos papéis dos pais, novo papel materno.</p> <p>Realinhamento dos relacionamentos com a família ampliada para incluir os papéis dos pais e dos avós.</p>	<p>Envolver o pai na gestação e no parto.</p> <p>Encorajar um tempo para o casal.</p> <p>Discutir o sentimento de afastamento dos pais perante o surgimento dos filhos</p>
Famílias com filhos pequenos	<p>Preparar o sistema para a aceitação de novos membros.</p> <p>Antecipação de possíveis dificuldades entre os irmãos</p> <p>Novos contatos externos, cada vez mais íntimos com a sociedade.</p> <p>Crescente autonomia dos filhos.</p>	<p>Novos ajustes das relações e do espaço.</p> <p>Redivisão das tarefas de educação dos filhos, além das tarefas financeiras e domésticas.</p> <p>Estabelecer uma vida satisfatória para todos os membros da família.</p>	<p>Discutir desenvolvimento infantil, papel dos pais e relacionamento pais e filhos.</p> <p>Discutir rivalidade entre irmãos.</p> <p>Encorajar um tempo para o casal.</p>

Quadro 1 - Ciclo de vida das famílias

Fase do ciclo	Características	Tarefas	Tópicos de prevenção continuação
Famílias com adolescentes	<p>Filhos adolescentes/ pais de meia idade/ avós na velhice</p> <p>Toda a família vive uma crise: mãe sobrecarregada/ pai autorizador.</p> <p>Papel dos avós</p> <p>Limites mais permeáveis ao exterior.</p> <p>Permitir que o adolescente exerça autonomia dentro e fora do contexto familiar.</p>	<p>Adolescente: encontrar sua própria identidade</p> <p>Pais: equilibrar a liberdade e considerar a individualidade do adolescente.</p> <p>Família: independência dos filhos e fragilidade dos avós: mudança do cuidado para a geração mais velha.</p> <p>Preparação dos pais para a autonomia dos filhos.</p>	<p>Estabelecer relações com o adolescente que reflitam aumento da autonomia.</p> <p>Fornecer informações aos pais sobre desenvolvimento dos adolescentes.</p> <p>Conversar com os adolescentes sobre sexo e drogas.</p> <p>Discutir o estabelecimento de relações ao longo da vida.</p>

Quadro 1 - Ciclo de vida das famílias

Fase do ciclo	Características	Tarefas	Tópicos de prevenção continuação
Casais de meia idade	Os filhos começam a sair de casa e deixam os pais novamente sozinhos.	<p>Aceitar as múltiplas entradas e saídas de membros no sistema familiar.</p> <p>Renegociar o sistema conjugal como um casal (fim do papel de pais).</p> <p>Incluir genros noras e netos.</p> <p>Planejamento financeiro para aposentadoria.</p>	<p>Encorajar o casal a fazer planos de aposentadoria.</p> <p>Tolerância à partida dos filhos.</p> <p>Explorar o papel de avós.</p> <p>Discutir sexualidade e os processos ligados ao envelhecimento.</p>
Aposentadoria	<p>Novas relações com seus filhos.</p> <p>Tornam-se avós.</p> <p>Realinhamento do convívio mais intenso pelo maior tempo disponível.</p>	<p>Ajuste ao fim do salário regular, com redução de renda mensal.</p> <p>Aumento dos gastos com medicações, além da necessidade de prover conforto, saúde e bem-estar.</p>	<p>Cuidar da saúde mental.</p> <p>Discutir tópicos de saúde e planejamento de longo prazo.</p> <p>Encorajar interesses individuais e compartilhados.</p>

Quadro 1 - Ciclo de vida das famílias

Fase do ciclo	Características	Tarefas	Tópicos de prevenção
A velhice	<p>Aceitação da mudança dos papéis de cada geração.</p> <p>Papel mais central nas gerações do meio.</p> <p>Abrir espaço no sistema para a sabedoria e a experiência dos idosos, apoiando a geração mais velha.</p>	<p>Declínio fisiológico, lidar com a perda de habilidade, maior dependência dos outros.</p> <p>Lidar com a perda do amigo, companheiro, familiar e com a proximidade da morte.</p>	<p>Preparo para lidar com a perda.</p> <p>Cuidar da saúde mental.</p> <p>Discutir tópicos de saúde e planejamento de longo prazo.</p> <p>Encorajar interesses individuais e compartilhados.</p>

conclusão

Fonte: Brasil, 2013; Mendes, 2012

O FIRO, acrônimo de *Fundamental Interpersonal Relations Orientation*, constitui uma teoria de relações interpessoais, desenvolvida por Schutz, em 1958, que procura explicar as relações interpessoais de pequenos grupos. O instrumento foi criado para medir ou monitorar como os membros do grupo sentem-se em relação à necessidade de inclusão, controle e intimidade ou para possibilitar dar *feedbacks* às pessoas nos grupos (Mendes, 2012).

Para Schutz (1958 apud Mendes, 2012), a necessidade de inclusão manifesta-se nos esforços de uma pessoa para atrair atenção, interesse e criar uma identidade própria, singular. A necessidade de controle inclui um balanceamento entre controlar e ser controlado em relação aos outros, bem como a habilidade para respeitar e ser respeitado. A necessidade de intimidade é a necessidade de estabelecer e manter relações afetivas e amorosas com as outras pessoas.

O PRACTICE, acrônimo de *Problem, Roles and structures, Affect, Communication, Time in life, Illness in family, Coping with stress, Environment or ecology*, opera por meio de entrevistas familiares para fazer uma avaliação das famílias a partir da observação de quais intervenções são mais adequadas a um caso específico (Mendes, 2012). Muitas vezes, a intervenção já ocorreu na própria avaliação, pois a família pode refletir sobre seu funcionamento durante este processo, o que pode provocar mudanças na dinâmica familiar (Brasil, 2013).

Esse modelo foi proposto para utilização em situações mais complexas. O PRACTICE é utilizado na clínica para organizar e sistematizar a atenção à família com um enfoque sistêmico. O procedimento para a utilização dessa ferramenta consiste em anotar, de forma sequencial, cada uma de seus oito momentos, a saber:

1. P: *Problem*: Problema atual

Constitui um sucinto relato da situação atual, envolvendo o diagnóstico e o prognóstico da enfermidade, os sintomas físicos, os problemas que foram gerados na família e os medos.

2. R: *Roles and structures*: Papéis e estruturas

Faz-se uma análise dos papéis dos membros da família e de como o problema afetou ou poderá afetar a estrutura familiar

3. A: *Affect*: Afeto

Esse momento permite identificar os afetos presentes e esperados, desencadeados pelo problema de saúde na família

4. C: *Communication*: Comunicação

Identificar os padrões de comunicação da família e como esse padrão se dá em relação ao problema. É importante estar atento às formas de comunicação verbal e não verbal. Não é desejável que um membro da família fale pelo outro.

5. T: *Time in life*: Etapa do ciclo de vida da família

Neste momento, busca-se relacionar o problema com as tarefas esperadas do ciclo de vida da família, desempenhadas pelos seus membros, de modo a identificar as dificuldades.

6. I: *Illness in family*: Enfermidades anteriores e atuais na família

Esse momento procura identificar experiências prévias com outras enfermidades ou com enfermidade semelhantes à atual.

7. C: *Coping with stress*: Lidando com o estresse

Nesse momento, buscam-se analisar crises familiares anteriores para verificar os recursos internos utilizados, a flexibilidade e a coesão familiar. Os profissionais de saúde devem identificar as forças familiares, identificar alternativas de enfrentamento do problema e intervir se a crise estiver fora de controle.

8. E: *Environment or ecology*: Meio ambiente ou ecologia

O objetivo desse momento é identificar a rede social de apoio da família.

O APGAR Familiar, também descrito por Mendes (2012), é um questionário autoadministrado composto por cinco questões fechadas que deve refletir a satisfação de cada membro da família. Esse questionário permite observar a percepção de cada um sobre o estado funcional de sua família. Porém, não mede a funcionalidade familiar, se ocupando apenas do grau de satisfação que apresenta a pessoa entrevistada com respeito ao funcionamento da família. Os diferentes índices de cada membro devem ser comparados para se avaliar o estado funcional da família.

No questionário cada questão pontua de 0 a 2, numa escala tipo Likert, o que leva a uma pontuação total entre 0 e 10. O valor obtido na pontuação final permite definir as categorias de funcionalidade familiar. O Quadro 2 apresenta o questionário APGAR.

Quadro 2 - Questionário APGAR Familiar

QUESTÃO	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE
Estou satisfeito com a atenção que recebo da minha família quando algo está me incomodando.			
Estou satisfeito com a maneira com que minha família discute as questões de interesse comum e compartilha comigo a resolução dos problemas			
Sinto que minha família aceita meus desejos de iniciar novas atividades ou de realizar mudanças no meu estilo de vida			
Estou satisfeito com a maneira com que minha família expressa afeição e reage em relação aos meus sentimentos de raiva, tristeza e amor			
Estou satisfeito com a maneira com que eu e minha família passamos o tempo juntos			

Fonte: Rocha, Nascimento, Lima (2002 apud Mendes, 2012, p. 277)

Os mapas de rede ou ecomapas objetivam, como no genograma, a representação gráfica com impacto visual dos relacionamentos dos membros da família com os sistemas mais amplos, tais como escolas, tribunais, instituições de saúde (Wright, Leahey, 2012). Para Mendes (2012), as redes sociais são grupos de pessoas, membros da família, vizinhos, amigos e instituições capazes de auxiliar ou apoiar de maneira duradoura ou não as pessoas e famílias em várias dimensões, como social, cultural, econômica, religiosa, educacional, de saúde. É importante a identificação dos relacionamentos externos da família, pois isso pode auxiliar a superar as fragilidades do relacionamento familiar interno nos momentos de crise.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Propor possibilidades de uso de ferramentas de abordagem familiar para a enfermagem na APS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Realizar uma *scooping review* das ferramentas de abordagem familiar indicadas para o cuidado às condições crônicas de saúde na APS;

Discutir concepções, funções, relações e perspectivas de família que permeiam as ferramentas de abordagem familiar indicadas para o cuidado às condições crônicas de saúde na APS;

3 MÉTODO

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo tem abordagem qualitativa e exploratória de revisão tipo *Scoping Review*. As revisões sistemáticas na área da saúde começaram a aparecer nas publicações acadêmicas durante as décadas de 1970 e 1980, tendo explodido com o surgimento de grupos como Cochrane e Joanna Briggs Institute (JBI), na década de 1990. Mais recentemente o campo da síntese de evidências tem visto a emergência das revisões chamadas *scoping reviews*, também chamadas *scoping exercises* ou *scoping studies*. Estas revisões são similares às revisões sistemáticas, na medida em que seguem um processo estruturado para revisar o conhecimento existente em determinado tópico, mas são feitas por razões diversas e apresentam algumas diferenças metodológicas (Munn et al., 2018). As razões originalmente propostas por Arksey e O'Malley (2005) para se utilizar uma *Scoping review* foram expandidas, sendo, mais recentemente, indicadas para: identificar os tipos de evidências disponíveis em determinado campo do conhecimento; clarificar conceitos chave e definições na literatura; examinar como a pesquisa é conduzida em um determinado tópico ou campo de conhecimento; identificar características chave ou fatores relacionados a um conceito; identificar e analisar lacunas no conhecimento, além de poderem anteceder uma revisão sistemática. As *Scoping reviews* são uma alternativa útil nas revisões de literatura quando se requer uma clarificação acerca de um conceito ou teoria (Munn et al., 2018).

Em resumo, as *Scoping Reviews* podem ser usadas para mapear evidências em relação a tempo (quando foi publicado), localização (país), fonte (revisada por pares ou literatura cinzenta), abordagem (como foi estudado/pesquisado) e/ou origem da disciplina acadêmica, e esclarecer conceitos-chave (Aromataris, Munn, 2017). Esta última indicação foi a motivação principal para a escolha deste percurso metodológico para o presente estudo.

Geralmente, os estudos de escopo visam sondar os principais conceitos que sustentam determinada área de pesquisa, as principais fontes e tipos de evidências disponíveis, podendo ser empreendidos como projetos autônomos, especialmente quando uma área ainda não foi revisada exaustivamente. Ao serem usadas para mapear os principais conceitos que sustentam uma área de investigação, esclarecer definições de trabalho e/ou os limites conceituais de um

tópico, a *Scoping Review* responde a questões amplas e não almeja, ao contrário das revisões sistemáticas, dar respostas para perguntas precisas, como são as que buscam evidenciar a eficácia de uma intervenção clínica por meio da avaliação de um conjunto preciso de resultados (Arksey, O'Malley, 2005; Munn et al., 2018).

A estratégia de busca da produção científica para uma revisão de escopo deve ser o mais abrangente possível, dentro das restrições de tempo e recursos disponíveis, a fim de identificar estudos primários publicados e não publicados (literatura cinza), bem como revisões. Quaisquer limitações em termos de abrangência e da estratégia de busca devem ser detalhadas e justificadas nos relatórios da revisão que, usualmente, são narrativos (Peters et al., 2015). O Quadro 3 mostra as especificidades da *Scoping Review* quando comparada à revisão sistemática.

Quadro 3 - Diferenças entre a revisão sistemática e a *Scoping Review*

REVISÃO	SCOPING	SISTEMÁTICA
Questão de busca	Ampla	Altamente Focada
Critérios de inclusão e exclusão	Definidos ao longo da fase de seleção dos estudos	Definidos na fase do protocolo da revisão
Seleção dos estudos	Todos os tipos de estudo	Tipos de estudos definidos
Extração dos dados	Panorama dos dados de acordo com as questões chave, temas	Sintetiza e agrega evidências

Fonte: University of Toronto Libraries, 2019

As especificidades da revisão de escopo não a isentam de seguir a estrutura observada nas revisões sistemáticas. Assim, como recomendado em todos os tipos de avaliações do JBI, a revisão de escopo deve utilizar uma estratégia de busca em três etapas, dando transparência, rigor e clareza de natureza científica ao estudo. Todo este processo deve ser documentado em detalhes suficientes para permitir que o estudo seja compreendido em seu percurso metodológico, a ponto de poder ser replicado por outros (Arksey, O'Malley, 2005; Peters et al., 2015).

O primeiro passo deste processo é uma busca inicial, limitada ao tema de interesse, em, pelo menos, duas bases de dados on-line apropriadas e relevantes para o tópico. A essa busca

inicial, segue-se a leitura do título e resumo, dos artigos recuperados e dos termos indexados usados como descritores. Usando as palavras-chave e termos indexados identificados nos textos, faz-se uma segunda busca nas bases de dados. Na terceira fase, pesquisa-se a lista de referência de relatórios e artigos selecionados para a identificação de estudos adicionais. Nesta fase, é possível examinar as listas de referência de todos os artigos ou outros tipos de materiais identificados ou examinar apenas as listas de referência dos que foram selecionados após a leitura do texto completo, ou seja, incluídos na revisão (Aromataris, Munn, 2017).

Uma descrição mais detalhada das partes da *Scoping Review* encontra-se no artigo de Arksey e O'Malley (2005), o primeiro que explicita este tipo de revisão de literatura, no qual se sistematizam as seguintes etapas:

Etapla 1 – identificação da pergunta de busca/ pesquisa.

Como nas revisões sistemáticas, o ponto de partida é formular uma questão de pesquisa/busca, a fim de orientar a construção da estratégia de busca nas bases de dados. Considerando a natureza da revisão de escopo, convém manter uma abordagem ampla para auxiliar na amplitude de cobertura pretendida neste tipo de estudo.

Etapla 2 – identificação de estudos relevantes.

Para se conseguir abranger a identificação de estudos primários (publicados ou na literatura cinza), envolve-se a busca em diferentes fontes, além das bases de dados.

Etapla 3 – seleção dos estudos.

A seleção dos estudos deve seguir critérios de inclusão e exclusão, definidos com base na pergunta de busca e no objetivo da revisão.

Etapla 4 – extração dos dados.

Os achados qualitativos seguem o método descritivo-analítico, que envolve a aplicação de um quadro analítico comum para a apreciação dos estudos selecionados, padronizando-se, assim, a coleta de informação.

Etapla 5 – agrupar, resumir e relatar os resultados.

Apresentação geral dos resultados, considerando que o estudo de escopo não busca avaliar a qualidade das evidências ou determinar se os estudos fornecem descobertas robustas ou generalizáveis (Arksey, O'Malley, 2005).

Como as *scoping reviews* não pretendem produzir um resultado ou resposta criticamente analisada ou sintetizada para uma questão em particular, mas um mapeamento ou visão geral das evidências ou conceitos, não se faz uma avaliação das limitações metodológicas ou dos riscos de viés das evidências incluídas na revisão. Por esta razão, as implicações dos seus achados para a prática clínica ou políticas públicas diferem daquelas decorrentes das revisões sistemáticas. Em alguns casos, pode não haver necessidade ou desejo de elaborar implicações para a prática, e quando houver a necessidade de elaborá-las, estas serão limitadas ao escopo de recomendações e não evidências protocolares, com síntese dos achados de estudos individuais e a elaboração de um sumário de achados (Munn et al., 2018).

3.1.1 Pergunta de busca

A questão de revisão deve ser consistente o suficiente para direcionar o desenvolvimento dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos.

A fim de contemplar os objetivos da presente pesquisa, seu objeto de estudo e os propósitos da *Scoping Review*, definiu-se como pergunta de pesquisa/ busca:

Quais das concepções de família que nortearam a proposição das ferramentas de abordagem familiar APGAR Familiar, FIRO, PRACTICE, genograma, ecomapa têm sido indicadas para o trabalho na APS, especialmente na atenção às condições crônicas de saúde?

3.1.2 Coleta de dados

O objetivo proposto para a presente pesquisa requereu que se explorassem os documentos originais que apresentaram as ferramentas de abordagem de família objeto do estudo, ou seja, buscaram-se os documentos originais dos autores/ propositores destes instrumentos. Para isso, foi feito um levantamento primário para identificar os textos originais das ferramentas: APGAR Familiar, FIRO, PRACTICE, genograma, ecomapa. O propósito foi identificar os autores/propositores das abordagens como citados nos artigos que de alguma forma mencionavam o uso ou alguma discussão destas ferramentas, especialmente na APS.

Identificados os autores/propositores das ferramentas, seguiu-se com a busca por suas produções, com foco nas primeiras publicações que haviam feito no tópico. Este levantamento

foi feito em base de dados da área da saúde, enfermagem, psicologia, ciências sociais. Em princípio este levantamento foi feito nas bases listadas no Quadro 4, porém, a fim de conseguir os textos originais pretendidos, foi preciso recorrer a outros recursos como bibliotecas digitais, buscador acadêmico, portais/diretórios de periódicos, plataformas, portais, acervo da biblioteca Wanda de Aguiar Horta e do Instituto de Psicologia da USP, referências das referências de artigos, livros, capítulos, material técnico, manuais que traziam a descrição da ferramenta, especialmente os que tinham enfoque para a atenção primária à saúde, nas condições crônicas.

Quadro 4 - Bases de dados da pesquisa bibliográfica

BDENF: Base de Dados de Enfermagem	Reúne literatura técnico-científica brasileira em Enfermagem, incluindo artigos, teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos ou conferências, relatórios técnico-científicos e publicações governamentais.
CINAHL: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature	Base de dados internacional de informação científica em Enfermagem e áreas correlatas
Index Psi	Reúne literatura publicada em Periódicos Científicos brasileiros em Psicologia
LILACS: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde	Reúne a produção científica e técnica em Ciências da Saúde publicada na América Latina e no Caribe.
MEDLINE®: Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica	Reúne o material da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos da América.
PsycINFO	Reúne publicações internacionais na área da Psicologia e disciplinas correlatas.

Fonte: Biblioteca Wanda Aguiar Horta, 2018. Acesso em 26/06/2018. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/biblioteca/site/index.php/paginas/mostrar/43>

Não houve restrição por período de busca, uma vez que as ferramentas foram criadas e adaptadas em diferentes épocas. Como estratégia de busca, os termos utilizados foram os nomes (completos ou os acrônimos) de cada ferramenta, conforme Quadro 5 abaixo.

Quadro 5 - Termos usados como estratégia de busca

Ferramenta	Termo de busca
Apgar Familiar	Family APGAR; APGAR familiar
FIRO	Family FIRO; FIRO
PRACTICE	PRACTICE
Genograma	Genogram; Genograma
Ecomapa	Ecomap; ecomapa; mapas de rede

A Figura 4 mostra as etapas percorridas para realização da *Scoping Review*

Figura 4 - Etapas realizadas no estudo

3.1.3 Análise dos dados

Para a sistematização da análise dos dados, esse material original foi lido exaustivamente, a fim de destacar frases significativas para as categorias de análise do presente trabalho. As categorias são:

Estrutura familiar: é o conjunto ordenado de relações entre as partes da família e entre a família e outros sistemas sociais (Hanson, 2005).

Função da família: é o objetivo que a família desempenha em relação ao indivíduo, aos outros sistemas sociais e à sociedade (Hanson, 2005)

Relação familiar ou processo familiar: é a interação contínua entre os membros da família. Inclui o papel familiar que é a posição de cada um dentro da família. Esta categoria relaciona-se às singularidades de cada família, pois é o que faz com que famílias com estruturas e funções idênticas interajam de modo diferente.

Perspectiva de abordagem no cuidado a família: com base em Hanson (2005), Kaakinen e Web (2015), no presente trabalho entende-se que a família pode ser considerada no cuidado como: contexto, cliente, sistema ou componente social.

3.2 QUADRO TEÓRICO

Esta pesquisa tem como marco referencial a Enfermagem de Saúde da Família e a Sistematização da Assistência de Enfermagem na Saúde da Família. Essa escolha apoia-se no papel do enfermeiro no cuidado à família na APS, que implica, como destacado na revisão de literatura precedente, relacionar as concepções de família, os arranjos e papéis familiares, a influência sociocultural na família, lidar com as situações de saúde e doença na família e procurar situações que apoiem a integridade familiar (Angelo, Bousso, 2001b).

A importância do papel do enfermeiro na saúde coletiva é reconhecida, especialmente pela possibilidade deste profissional operar nos diferentes níveis de atenção, desde a promoção até a reabilitação da saúde. Esse processo desenvolve-se por meio de levantamento de situações críticas e a intervenção sistematizada com um plano de cuidados. Nos SUS, reconhece-se a atuação do enfermeiro como interlocutor e catalisador das políticas e programas em saúde coletiva, principalmente na ESF que requer vínculo e atenção voltada às reais necessidades das famílias. Nessa atuação, o enfermeiro precisa integrar as dimensões técnica, assistencial e

científica a saberes pertinentes às interrelações sociais e a dinâmica familiar, o que requer sistematização da assistência (Backes, et al., 2012).

O cuidado na saúde da família objetiva a promoção da saúde por meio de mudanças que ajudem a família a criar novas formas de interação, ou potencializar o que já existe de positivo, para lidar com a doença. É preciso conhecer as crenças familiares acerca do que causou a doença e as possibilidades de cura, ajudando a família a modificá-las, se necessário, implementando estratégias para lidar com o cuidado da pessoa que está doente (Angelo, Bousso, 2001a). A meta da enfermagem de família é focar o cuidado, as intervenções e os recursos para otimizar as capacidades da família para o autocuidado e para alcançar os melhores resultados possíveis (Kaakinen, Webb, 2015).

As estratégias adotadas devem procurar não somente conhecer o impacto da doença sobre a família, mas também investigar como as interações entre os membros influenciam no desenvolvimento do processo saúde-doença. Na prática clínica com as famílias, é necessário que os enfermeiros adotem um arcabouço teórico e conceitual para apoiar a avaliação e intervenção à família (Angelo, Bousso, 2001a). Isso porque a enfermagem de família entende que o processo saúde-doença é um evento familiar e as práticas de cuidado, as decisões e as mudanças de comportamento ocorrem no contexto da família (Kaakinen, Webb, 2015).

A enfermagem familiar tem como pressuposto o cuidado a família em seu contexto cultural, suas diversidades físicas, psicológicas, emocionais e sociais. Para Hanson (2005), a relação enfermeiro-cliente exige que os profissionais se afastem da sua própria visão de mundo e experiências, para conseguir ver a situação pela perspectiva da família. Conhecer as perspectivas teóricas acerca de como as famílias são criadas, mantidas e alteradas e entender seu funcionamento pode ajudar os enfermeiros a compreender a visão de mundo das famílias atendidas.

A estrutura conceitual e teórica e as abordagens nas quais a enfermagem familiar se desenvolveu são fundamentadas nas teorias de terapia familiar, teorias das ciências sociais da família e de modelos e teorias de enfermagem (Hanson, 2005). A Figura 5, adaptada de Hanson (2005), mostra as teorias que fundamentam a enfermagem familiar.

Figura 5 - Conceitos que influenciam a enfermagem familiar

Fonte: Hanson, 2005

Na prática, o cuidado de enfermagem é construído através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Na APS, a sistematização da assistência se faz necessária a fim de nortear o trabalho do enfermeiro, atendendo aos objetivos da ESF (Varela, Fernandes, 2013).

De acordo com a resolução COFEN (Conselho Federal de Enfermagem) 358/2009 a SAE organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem (PE). Este, por sua vez, é um instrumento metodológico que orienta o cuidado do profissional de enfermagem e a documentação da prática profissional.

O PE se organiza em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes que são: a coleta de dados ou o histórico de enfermagem, o diagnóstico de enfermagem, o planejamento de enfermagem, a implementação e a avaliação de enfermagem. Estas etapas devem ser embasadas por um suporte teórico (COFEN, 2009).

A escolha de uma teoria norteadora funciona como alicerce estrutural para a implementação do PE. Nesta escolha, deve se considerar a missão, o valor e a visão da instituição e do serviço de enfermagem; o nível de atenção à saúde e as características da clientela a ser atendida, se pessoa, família ou coletividade (Santos et al., 2016).

Para Carraro (1998), a implementação da prática assistencial embasada em um marco conceitual ou teórico conduz ao fazer reflexivo, proporcionando uma melhor prática assistencial de enfermagem.

O Quadro 6 mostra uma síntese de teorias mais aplicáveis à prática de enfermagem familiar, segundo a percepção de Kaakinen et al. (2010) e Hanson (2005).

Quadro 6 - Síntese de teorias de enfermagem aplicáveis à enfermagem familiar

<i>Teorias e modelos de enfermagem</i>	Resumo
<i>Nightingale</i>	A família é descrita como fator de influências positivas e negativas em seus membros e é vista como instituição de apoio para os membros, durante o período de vida.
<i>Teoria de alcance de objetivos Imogene King</i>	A família é o veículo de transmissão de valores e normas de comportamentos ao longo da vida, incluindo a função de um familiar doente, quando se transmite a função de cuidados de saúde à família. Família é vista como um sistema interpessoal e social, assim, o componente chave na prática assistencial é a interação entre os enfermeiros e a família/cliente.
<i>Teoria da Adaptação Calista Roy</i>	A família é como um sistema adaptativo que recebe informação, tem controle interno e processo de <i>feedback</i> e produção. O ponto principal é entender como a família se adapta aos problemas de saúde familiar.
<i>Modelo de Sistemas de Neuman Betty Neuman</i>	A família é vista como um sistema, cujo principal objetivo é manter sua estabilidade através da preservação da integridade de sua estrutura. É um modelo fluido que retrata a família em movimento e não por uma perspectiva estática
<i>Teoria do autocuidado Dorothea Oren</i>	A família é uma unidade básica de condicionamento, na qual o indivíduo aprende a cultura, os papéis e as responsabilidades. Os membros da família aprendem a como agir quando alguém está doente. O autocuidado na família evolui por meio de relações interpessoais, comunicação e cultura que são específicas de cada família.
<i>Teoria dos seres humanos unitários Martha Rogers</i>	A família é um campo de energia constante, um sistema aberto, em permanente mudança a partir das interações com o ambiente
<i>Teoria do homem como sistema comportamental Dorothy Johnson</i>	A família é vista como um sistema comportamental composto por subsistemas, interdependentes, integrados e interativos, que se ajustam e se adaptam com forças internas e externas para manter a estabilidade.
<i>Teoria do vir-a-ser humano Rosimarie Parse</i>	Entende que a família e seus membros estão em contínua evolução. O papel do enfermeiro é usar a comunicação terapêutica para orientar os indivíduos e as famílias na escolha das melhores possibilidades de mudança no processo de saúde.

Fonte: Kaakinen et al., 2010; Hanson, 2005

Como as famílias não funcionam de um só modo, não há uma única teoria ou estrutura conceitual na ciência social da família, na terapia familiar ou nas teorias de enfermagem que descreva totalmente a dinâmica da vida familiar. Por isso, a integração entre teorias permite que os enfermeiros vejam as famílias a partir de uma pluralidade de perspectivas aumentando, assim, as intervenções possíveis para implementação pela família (Hanson 2005).

É imperativo a articulação de estratégias e instrumentos que viabilizem um caminho para uma assistência de enfermagem diferenciada, científica, comprometida com os objetivos da ESF, tendo em vista o saber e o fazer da enfermagem (Varela et al., 2012).

Parece, então, que o uso de ferramentas para a abordagem familiar, como as descritas anteriormente neste trabalho, fazem parte da prática da enfermagem em família, sendo indicadas para a APS reorganizada pela ESF. Em pesquisa sobre o uso de instrumentos para análise da família pela enfermagem, Nascimento et al. (2014) enfatizam que o uso do genograma e ecomapa é essencial para retratar a estrutura familiar, estabelecer os vínculos e as interações familiares e com a comunidade. Também são importantes para oferecer aos profissionais informações orientadoras da prática clínica, estruturar o planejamento das ações de saúde, promover a continuidade do cuidado e uma comunicação de boa qualidade entre profissional e família.

Neste contexto da enfermagem de família, esta pesquisa busca analisar as ferramentas de abordagem familiar apontadas na literatura do Ministério da Saúde para aplicação na APS, tendo em vista suas utilizações para auxiliar na implementação da SAE na ESF, auxiliando, assim, os enfermeiros de ESF na escolha da melhor ferramenta, ou de uma combinação destas, tendo em vista o objetivo, os conceitos utilizados e as teorias norteadoras da aplicação da SAE e os atributos da APS.

4 RESULTADOS

4 RESULTADOS

4.1 PRACTICE

O PRACTICE, acrônimo de Problem, Roles and structures, Affect, Communication, Time in life, Illness in family, Coping with stress, Environment or ecology, opera por meio de entrevistas familiares para fazer uma avaliação das famílias a partir da observação de quais intervenções são mais adequadas a um caso específico (Mendes, 2012).

Essa ferramenta de avaliação de famílias foi proposta por Dorothy Barrier, Maria Bybel, Janet Christie-Seely e Yvonne Whitaker, em 1984, no livro *“Working with Family in Primary Care: a systems approach to health and illness”*. Janet Christie-Seely, organizadora do livro, é médica da família, professora associada do Departamento de Medicina da Família, vinculada ao Kellogg Center para Estudos Avançados em Atenção Primária, da Universidade McGill em Montreal, Canadá. As demais profissionais são, respectivamente, diretora do Serviço de Aconselhamento de Casal de Montreal, Canadá; Serviço Social na unidade de medicina da família no Hospital Queen Elizabeth, em Montreal, Canadá; e Professora Sênior em Enfermagem de Saúde Comunitária, no Instituto Lincoln de Ciências da Saúde, em Melbourne, Austrália. O intuito das propositoras era propiciar uma avaliação da função da família como uma unidade.

Segundo as propositoras da ferramenta (Barrier et al., 1984) as variáveis que deram origem ao acrônimo foram escolhidas a partir de uma pesquisa sobre saúde familiar e da literatura acerca de terapia familiar baseada na Teoria de Sistemas. O acrônimo foi construído para ajudar os profissionais de saúde, especialmente os médicos e enfermeiros, a lembrarem dos vários aspectos da função familiar, funcionando como um lembrete que quanto mais repetido, mais se poderia desenvolver e aperfeiçoar a avaliação de famílias.

As propositoras relatam que o profissional pode ou não querer fazer notas durante a reunião familiar, mas cada item do formulário deve conter uma impressão de uma ou duas frases de cada aspecto da família. Por exemplo, no aspecto Afeto (“A”: Affect) o profissional pode escrever: “família muito depressiva, não responde a brincadeiras”, ou no elemento Papéis e Estruturas (“R”: Roles) o profissional pode escrever “pai muito rígido, aparentemente toma as decisões. Mãe leniente, entrevista caótica”

Deve ser incluída uma lista de membros da família presentes e ausentes no momento da entrevista. Na terapia de família, o membro ausente, muitas vezes, é resistente a uma abordagem familiar e pode prejudicar o processo se for permitida sua ausência.

Para as propositoras, uma intervenção familiar sem avaliação é como um tratamento sem diagnóstico. Para um determinado problema, a avaliação de um ou mais itens do instrumento é fundamental para uma intervenção bem-sucedida. Raramente todos os aspectos necessitam de avaliação. Por exemplo, para uma melhora na dieta de uma família com um dos membros portador de diabetes, a avaliação dos itens Papéis e Estrutura (“R”: Role), a experiência prévia com a doença e o conceito de saúde e doença para a família em Enfermidades anteriores e atuais (“I”: Illness) vão revelar quem compra e cozinha, quem tem o poder de influência no sistema familiar (positiva ou negativa) e se a família acredita que a dieta pode alterar o curso da doença. Os demais itens do instrumento, talvez, não tenham tanta relevância nesse problema particular.

O procedimento para a utilização dessa ferramenta consiste em anotar, de forma sequencial, cada um de seus oito elementos, conforme indicam / trazem as propositoras (Barrier et al., 1984):

P: Problem: Problema atual

Esta etapa faz a identificação do problema da família. É um importante passo para se aproximar do sistema familiar. A entrevista deve encorajar a interação familiar para que os membros falem sobre o problema, testando assim a comunicação e o afeto. As informações sobre papéis, afeto, comunicação e estresse são derivadas da discussão sobre o problema.

Na avaliação inicial o profissional descreve o problema elencado pela família. Esse problema pode ser uma doença física que está causando dificuldades familiares ou um problema mais amplo que contribui para a doença.

Durante o estágio de identificação do problema, a atenção deve ser dada ao familiar que identifica o problema como sendo um problema real. Algumas perguntas devem ser respondidas nessa etapa, como por exemplo: é um consenso de parte dos membros? É um problema individual ou da família? É um problema recente ou um problema que já perdura há algum tempo? É o único problema?

Como na avaliação de sintomas físicos, por exemplo a dor, algumas questões podem ajudar no diagnóstico: quem é o membro da família com problema? (Análoga à questão onde é a dor?); o problema afeta mais alguém na família direta ou indiretamente? Quando o problema começou exatamente? Sob qual circunstância? O que faz o problema melhorar ou piorar? A família já tentou alguma solução?

Às vezes, mais de uma entrevista é necessária para esclarecer as questões. No entanto, usando o instrumento, o profissional consegue obter o máximo de informação na primeira entrevista. Após a entrevista, o profissional será capaz de entender o problema e dividir junto com a família o tipo de intervenção a ser realizada. Uma importante dimensão da avaliação é conhecer quando e para onde referenciar a família para uma terapia. No entanto, famílias que apresentam necessidades importantes de mudança e, portanto, necessitam de terapia familiar são uma porcentagem relativamente pequena.

Se o profissional entender corretamente o papel do problema na disfunção familiar e estiver apto a comunicar sua avaliação para a família, esta pode ser capaz de iniciar mudanças no comportamento que a levam ao problema.

R: Roles: Papéis e estruturas

Percepção dos papéis, estrutura e organização da família é uma dificuldade e desafio nesta etapa de avaliação. Uma clara organização hierárquica é necessária para uma funcionalidade saudável do sistema. O chefe da família é determinado por quem toma as decisões importantes, que geralmente é a função de quem controla a renda familiar. O poder pode ser indicado pela maior capacidade de se expressar de um dos cônjuges, ou aquele que dá a última palavra.

Se o mais importante membro da família não estiver presente durante a entrevista, a avaliação da estrutura não estará incorreta, mas a intervenção proposta pelo profissional pode não ser realizada ou ser prejudicada.

Os papéis claros não causam problemas, se forem aceitos por todo sistema familiar. Os papéis, segundo as propositoras do instrumento, são divididos em duas categorias: instrumental e afetivo. Por exemplo, quem faz os serviços domésticos indica papel instrumental, quem é procurado quando algum membro necessita de conforto ou segurança indica papel afetivo.

A distribuição e responsabilização de papéis podem ser decididas implícita ou explicitamente. Papéis satisfatórios resultam de situações nas quais a expectativa de papéis masculino e feminino correspondem aos papéis reais, e correlacionam-se com a vida conjugal. Um controle efetivo de comportamento é esperado quando os papéis são claros, as recompensas e punições são consistentes e os pais estão em acordo. Quando isso não ocorre, o resultado pode ser, por um lado, uma situação caótica, com pouca disciplina em relação às crianças, permitindo, por exemplo, que estas brinquem com equipamentos do consultório ou interrompam a entrevista, ou por outro lado, pais que são intolerantes com o comportamento normal de uma criança e possuem um controle excessivamente rígido, o que pode revelar uma criança tímida ou muito rebelde.

A: Affect: Afeto

Famílias saudáveis são capazes de expressar uma variedade de emoções, tanto positivas quanto negativas. A cultura tem influência sobre a aceitação de diferentes emoções ou a expressão destas. Se o entrevistador tiver dificuldade de aceitar ou organizar as emoções como raiva, depressão ou demonstração física de afeto, a família pode ter o comportamento contido devido à presença do profissional.

A avaliação não pode implicar em julgamento. A empatia facilita a expressão de emoções. Até mesmo uma única entrevista pode ajudar, especialmente em momentos de crises, como por exemplo, ao conversar sobre a doença terminal de um membro da família.

C: Communication: Comunicação

A comunicação é um aspecto da funcionalidade, utilizado por muitos terapeutas exclusivamente como base para avaliação e tratamento. Como em qualquer sistema, tanto a comunicação quanto o controle hierárquico adequado são necessários para manter-se saudável. A expressão da emoção e a comunicação social efetiva estão interligados.

Na terapia familiar, a comunicação é descrita como direta ou indireta, e como clara ou mascarada.

O profissional deve encorajar a comunicação direta entre os membros da família, no entanto falar pelo outro não é aconselhável. Conhecer como a família se comunica é essencial

para entender a organização familiar. Ademais, deve-se dar atenção à comunicação não verbal, que também pode ser efetiva (tais como sinais, suspiros, olhares).

T: Time in life: Etapa do ciclo de vida da família

Cada etapa no ciclo de vida pode determinar tanto a ocorrência quanto a resposta a uma determinada doença. A dificuldade da família na transição de uma etapa para outra pode ser o motivo para a avaliação profissional. Como as famílias lidam com cada etapa do ciclo de vida pode ser um fator para o desenvolvimento de alguma doença. A doença pode refletir uma falha no desenvolvimento de alguma etapa.

A avaliação do estágio do ciclo de vida e como foram as transições das etapas anteriores é parte fundamental da avaliação familiar.

I: Illness in family: Enfermidades anteriores e atuais na família

O significado de doença para a família depende de vários fatores:

- (i) História familiar de doença: a história familiar de doença da família de origem ou da família nuclear vai determinar a reação familiar. Experiências com cuidados de saúde no passado vão influenciar nas expectativas no presente. A discussão sobre o passado e a expressão de empatia podem ajudar, enquanto a hostilidade reforça a crença familiar.
- (ii) Cultura: a aceitação de doença ou saúde são culturalmente determinadas.
- (iii) A família precisa de um membro doente (ganho terciário): por exemplo o papel da doença no casamento quando necessita de um doente para manter o equilíbrio de poder.
- (iv) O papel do membro doente: doenças serias impactam todos os membros da família, e isso pode ocorrer tanto por conta da perda de um membro da família quanto pelo papel desempenhado por esse membro.
- (v) Crises recorrentes: mortes recentes ou passadas, particularmente casos de luto vivido/experimentado de forma inadequada, em especial se tiverem ocorrido outras crises no mesmo período, podem levar a família a não atingir o nível de funcionalidade original.

C: Coping with stress: Lidando com o estresse

A avaliação da história passada de como a família lidou com o estresse é importante para avaliar como a família pode lidar com outra situação no futuro. Deve ser descrito como a família lidou com acidentes, mortes, mudanças de empregos e mudanças culturais, considerando tanto a família nuclear quanto a família de origem. Perguntas gerais podem auxiliar a avaliação do estresse passado, como por exemplo: sua família passou por alguma situação de estresse no passado? Você teve que lidar com algo parecido antes? O que você fez quando isso aconteceu?

E: Environment or ecology: Meio ambiente ou ecologia

É o estudo da interação da família com o meio e com os recursos disponíveis. O meio inclui outros sistemas que influenciam, ou são influenciados pelo sistema familiar: a família extensa, os amigos, a escola, a organização comunitária e/ou religiosa, o emprego e a cultura à qual a família pertence.

4.1.1 Categorias de análise

Estrutura familiar

“Family organization and hierarchical structure as well as repetitive sequences of behavior will be noted” (Barrier et al., 1984, p. 217).

Para os propositores do P.R.A.C.T.I.C.E a família deve ter uma hierarquia e organização clara, com rotinas de funcionamento e padrões de comportamento repetitivos, constantes. Ter atenção a isso é importante para uma futura intervenção do profissional de saúde que está avaliando a família.

“the history of illness in the family of origin and in the present nuclear family is a major determinant of family reactions.” (Barrier et al., 1984, p. 227).

Os propositores da ferramenta destacam a família como núcleo que é fortemente influenciado pela história pregressa quanto à doença nas famílias de origem de cada um dos cônjuges (pai e mãe), bem como a forma como as famílias encaram e vivem o processo de adoecimento e cuidado.

Para Hanson (2005), a estrutura, a função e o processo da unidade familiar individual influenciam e são influenciadas pelo estado de saúde dos indivíduos.

No PRACTICE, o papel da doença na família é importante, daí esta consideração na estrutura familiar:

“... the role that illness plays in the family is a crucial part of evaluation.” (Barrier et al., 1984, p. 227).

“the couple is the source of the family system’s rules and functioning.” (Barrier et al., 1984, p. 217)

As fundações da estrutura da família estão fincadas no casal, dentro de uma visão que tende ao patriarcado, como mostra o destaque a seguir:

The locus of power in family is determined by who makes the important decisions, which is often a function of who controls the family’s income. Power may be indicated by the greater talkativeness of one spouse or by a spouse’s ability to have the last word or to undermine the other spouse’s decisions by nonverbal means. (Barrier et al., 1984, p. 219).

A igualdade de gênero já é aventada como algo que despontava na sociedade norte Americana na década de 1980:

Democratic, flexible decision-making by both spouses who have an approximately equal say in major decisions, and who have clearly allocated responsibility for the minor ones, appears to work best in North America culture. (Barrier et al., 1984, p. 219).

Função familiar

“...families are often able to recover from serious dysfunction...” (Barrier et al., 1984, p. 218).

Os autores afirmam nessa sentença que, em sua função, as famílias são capazes de operar uma recuperação de disfunções. Isso parece corroborar Osório (2002) que afirma que a função da família é prover o afeto indispensável à sobrevivência emocional.

Dentre as funções familiares para a saúde, destacam as propositoras da ferramenta que é de fundamental importância o uso que a família faz das informações que recebe, ainda mesmo durante a avaliação inicial do profissional:

“If a family is able to use the information obtained from the Family assessment to change itself, it is not in need of therapy.” (Barrier et al., 1984, p. 218).

Para as propositoras, considerando a realidade onde trabalhavam, o modelo mais saudável de autoridade parental é o que, sempre se colocando de maneira clara, permite a crescente autonomia dos filhos:

“The healthiest pattern, at least for North America families, is clear parental authority that allows increasing flexibility and age-appropriate autonomy as the children mature.” (Barrier et al., 1984, p. 220).

“The degree of individual autonomy allowed in a family is a useful measure of health” (Barrier et al., 1984, p. 220).

Desta forma, parece claro que uma das funções da família é promover a o desenvolvimento da identidade, permitindo a autonomia gradativa dos filhos, a partir de uma clara autoridade exercida pelos pais, e num balanço equilibrado entre autonomia e mutualidade.

“A balance of autonomy and mutuality...is essential for individuation, the development of identity, self-esteem, maturity and health.” (Barrier et al., 1984, p. 221).

A falta de senso de pertencimento poderá comprometer o desenvolvimento das crianças para se tornarem adultos capazes de relacionamentos satisfatórios, o que é visto como uma das funções da família:

“...disengaged families lack a sense of belonging and a capacity for interdependence...the children become adults with little ability to form satisfactory relationships.” (Barrier et al., 1984, p. 221).

A família também tem como função ser espaço para a manifestação de emoções, positivas e negativas, com clareza e honestidade, dentro da complexidade que é a comunicação familiar:

“Healthy families are capable of expressing a wide range of emotions, both positive and negative.” (Barrier et al., 1984, p. 223).

A família ainda deve dar conta das tarefas relacionadas a cada fase do ciclo de vida familiar de maneira satisfatória para garantir o desenvolvimento saudável dos membros:

“Satisfactory completion of these tasks meets the needs of the Family members and promotes the continued growth and development of family unit.” (Barrier et al., 1984, p. 226).

A adaptação da família é uma das funções que desempenha melhor a família coesa:

“Adaptability is perhaps the most important characteristic of a family with cohesion...”
(Barrier et al., 1984, p. 229).

Quando as relações familiares são inadequadas, a rede social torna-se essencial para compensar as falhas de apoio:

“Relationships outside the immediate family may compensate for inadequate family relationships and thus help family to adapt in times of transition...” (Barrier et al., 1984, p. 230).

Relação familiar

“... clear hierarchical organization is necessary for the healthy functioning of any system.” (Barrier et al., 1984, p.219).

“effective behavioral control can only be expected when rules are clear, rewards and punishments are consistent, and parents are in basic agreement” (Barrier et al., 1984, p. 220).

Barrier et al., (1984) afirmam que uma organização hierárquica e regras claras são necessárias para um funcionamento saudável do sistema familiar.

Os papéis devem ser claramente definidos e aceitos por todos os membros da família:

“Roles cause no problem if they are clear and accepted by all members of a family.”
(Barrier et al., 1984, p. 220).

No texto original do PRACTICE, os papéis masculino e feminino devem atender ao socialmente esperado, sendo o equilíbrio familiar abalado quando há mudanças neste aspecto, sejam estas por razões culturais, transformações sociais ou geográficas:

Role satisfaction results when male and female role expectations match the actual roles, and correlates highly with marital outcome. When role expectations change too quickly for adaptation to occur ... role strain and role conflict may result. (Barrier et al., 1984, p. 220).

Perspectiva de abordagem da família

“Stress to one member reverberates through the system, because every member is excessively responsive to every other.” (Barrier et al., 1984, p.221).

“As in any system, health depends on both effective communication and effective hierarchical control” (Barrier et al., 1984, p. 224).

Os propositores da ferramenta indicam que esta seja utilizada para avaliar o funcionamento da família como unidade e que a intervenção realizada a partir dos dados coletados tem o objetivo de recuperar essa funcionalidade da família como sistema.

“A family assessment form has been designed for use in assessing the function of the Family as a unit. It is based on a system approach...” (Barrier et al., 1984, p. 214).

A abordagem utilizada pela ferramenta não é a intervenção sobre o indivíduo doente, sendo as interações entre os membros da família, vista como um sistema, o alvo das intervenções resultantes da avaliação. A abordagem sistêmica da família é apresentada como algo vantajoso para a atenção à saúde da família, pois evita que o profissional tome partido de um ou outro membro:

“The systems approach facilitates empathy for all members of a family and decreases the likelihood of such dislike”. (Barrier et al., 1984, p. 224).

Como as propositoras afirmam, a ferramenta foi baseada na teoria de sistemas, originada da terapia familiar. Para Bousso (2008), a teoria de sistemas familiares é uma adaptação da Teoria Geral dos Sistemas, permitindo ver a família como unidade de cuidado, devendo ter como foco de atenção as interações e a reciprocidade dos membros da família, já que a experiência de cada um afeta o sistema familiar.

A Teoria de Sistemas Familiares

A Teoria Geral dos Sistemas introduzida por Von Bertalanffy é derivada da física e da biologia e foi adaptada e aplicada pelos profissionais de saúde para compreensão da família (Wright, Leahey, 2012). Quando essa definição é aplicada à enfermagem da família, permite ver a família como unidade de cuidado e, assim, o foco se dirige a toda a família, a partir das relações entre os membros, e desta com a sociedade e outros sistemas.

Um sistema pode ser definido como “um complexo de elementos em mútua interação” (Wright, Leahey, 2012, p. 24). Ao aplicar essa definição à família, pode-se ver cada uma como uma unidade com membros em interação e, com isso, o foco do profissional de saúde passa a ser a interação familiar e não a avaliação individual.

A teoria dos sistemas engloba alguns conceitos que a constroem: globalidade, não-somatividade, homeostase, morfogênese, circularidade e equifinalidade.

A globalidade significa que os sistemas funcionam como um todo coeso e que, portanto, mudanças em uma das partes provocam mudanças no todo (Gomes et al., 2014). Esse conceito ajuda a reconhecer que um fato significativo ou a modificação de um dos membros da família são acontecimentos que podem afetar a todos em um grau diferente, como, por exemplo, o impacto da doença sobre a família (Wright, Leahey, 2012).

A não-somatividade indica que o sistema não é a soma das partes, devendo-se, portanto, considerar o todo em sua complexidade (Gomes et al., 2014). Assim, da perspectiva de sistemas, o sistema familiar é maior que a soma das suas partes e estudar ou avaliar separadamente cada um de seus membros não é o mesmo que estudar a família como uma unidade. (Wright, Leahey, 2012).

A homeostase é o processo de autorregulação que mantém a estabilidade do sistema (Gomes et al., 2014). A partir deste conceito, entende-se que a família está em constante estado de fluxo e modificação. Quando acontece uma mudança ou perturbação na família, ela se reorganiza ou se reequilibra de modo diferente da organização familiar que vinha mantendo até então (Wright, Leahey, 2012).

A morfogênese diz respeito a um processo oposto ao da homeostase, pois refere-se à característica dos sistemas abertos para absorver os aspectos externos e mudar sua organização (Gomes et al., 2014). A família está mudando constantemente em resposta ao estresse e tensões vindas do ambiente externo (Hanson, 2005).

A circularidade é a relação bilateral entre elementos; como esta não é linear, obedece a uma sequência circular (Gomes et al., 2014). O comportamento de cada indivíduo gera um efeito e influencia o outro, como os padrões são circulares, e para que haja mudança com as intervenções da equipe de saúde, estas devem ser direcionadas para o ciclo de mudança e não para acontecimentos isolados (Hanson, 2005).

A equifinalidade afirma que em um sistema aberto o resultado de seu funcionamento independe do ponto de partida (Gomes et al., 2014).

Partindo desses conceitos e da abordagem sistêmica à família, a ênfase na avaliação e na intervenção é colocada no todo interativo e não nos indivíduos ou na somatória de seus estados de saúde individuais. Por exemplo, a partir dessa perspectiva, avaliam-se os efeitos da doença ou lesão em toda a família, ou as consequências do funcionamento familiar no indivíduo

doente. Dito de outro modo, avaliam-se os efeitos da HAS do Sr. José na família e como o funcionamento desta pode ter desencadeado o agravo e pode contribuir ou atrapalhar para lidar com este fato. Não se fica atento somente aos resultados de exames, à adesão ao tratamento, à dieta ou à atividade física do Sr. José.

4.2 APGAR

É um questionário desenvolvido para avaliar cinco áreas, ou componentes, da função familiar, identificadas pelo acrônimo APGAR: Adaptabilidade (*Adaptability*), Parceria (*Partnership*), Crescimento (*Growth*), Afeto ou afeição (*Affection*) e Resolução (*Resolve*). O questionário de APGAR familiar é composto por cinco questões fechadas que buscam demonstrar a satisfação dos membros da família sobre a função familiar (Smilkstein, 1978). Foi proposto como um breve *screening*, agrupando alguns dados selecionados para refletir, principalmente, a visão do paciente sobre o estado funcional de sua família.

O propositor do questionário, Gabriel Smilkstein, foi professor do Departamento de Medicina Familiar da Escola de Medicina da Universidade de Washington, em Seattle. Relata que se baseou no questionário denominado *Family Function Index* (FFI), desenvolvido em 1973 por Pless and Satterwhite, que continha 15 questões, aplicadas em 15 minutos, com o objetivo de refletir a dinâmica da interação familiar. O FFI estimava a função familiar pela avaliação de áreas pertinentes à interação da família nuclear: satisfação no casamento; frequência de desavenças; comunicação; resolução de problemas; sentimentos de felicidade e proximidade. O APGAR familiar é proposto como um instrumento mais abrangente ao abarcar famílias nucleares ou outros arranjos familiares alternativos (Smilkstein, 1978).

Para o propositor do APGAR, a família é um grupo psicossocial que inclui o paciente e uma ou mais pessoas, adultos ou crianças, no qual haja o comprometimento dos membros para o fortalecimento mútuo.: “*the family is a psychosocial group consisting of the patient and one more persons, children or adults, in which there is a commitment for members nurture each other*” (Smilkstein, 1978; p. 1232)

Esta visão de família, abrangendo variados arranjos familiares, grupais, trazido pelo propositor do APGAR, vai ao encontro do preconizado pelo Ministério da Saúde e que norteia o trabalho da ESF.

O APGAR familiar foi introduzido em 1978, após sua validação inicial, que o correlacionou com o questionário FFI, e a estimativa da função familiar avaliada por psicoterapeutas. Após a validação inicial, o Apgar foi aplicado em estudantes da graduação casados e em pacientes de uma clínica de saúde mental. Também foi realizada a validação transcultural do questionário, após ser traduzido para o idioma chinês e a ser aplicado em uma pesquisa da Universidade Nacional de Taiwan, em Taipei, com dois grupos de estudantes entre 10 a 13 anos de idade (Smilkstein, Ashworth, Montano, 1982).

Os parâmetros para a escolha da mensuração da funcionalidade saudável da família foram definidos pelo propositos com base na representação de temas mais comumente encontrados na literatura de ciências sociais ao tratarem de temáticas familiares. A decisão sobre quais dados empíricos seriam considerados foi desenvolvida a partir do paradigma que compara a família a um sistema orgânico, no qual cada componente tem sua função única, porém está intrinsecamente relacionado com um todo. Para a família ser considerada saudável, o propositos entende que a maturidade da unidade é demonstrada pelos seguintes componentes a serem avaliados (Smilkstein, 1978):

1. *Adaptation* (Adaptação)

É a utilização de recursos intra e extrafamiliares para a resolução de problemas quando o equilíbrio familiar sofre estresses durante as crises.

Os recursos familiares mais importantes são: social, cultural, religioso, econômico, educacional e de cuidados médicos. Há condições a serem consideradas em cada um para que os recursos sejam vistos como efetivos. Na interação social, além de como fica este recurso no interior da própria família, é salutar que os membros familiares mantenham linhas de comunicação bem balanceadas em diferentes áreas de interação social extrafamiliar como amigos, grupos para a prática de esportes, clubes e outras organizações comunitárias. As famílias isoladas socialmente podem não saber a quem recorrer em caso de necessidade. Por outro lado, o excesso de envolvimento social, com sobrecarga de atividades fora de casa, pode levar à dissociação dos membros familiares entre si.

A questão do “orgulho cultural” é importante ao se atender grupos étnicos específicos, especialmente os que foram alvo de estigmas e segregação social ou são imigrantes, refugiados. A religião é um eficiente recurso ao oferecer uma experiência espiritual satisfatória e, também, contato com um grupo de apoio e suporte extrafamiliar. Mas se os dogmas ou ritos da religião

forem muito rígidos podem limitar a capacidade da família para resolver seus problemas e crises, especialmente quando estas envolvem questões éticas, como nos casos de aborto, transfusão sanguínea, contracepção. Também o excesso de atividades em uma organização religiosa por um dos membros da família pode limitar seu valor como um recurso para os demais.

A estabilidade econômica é quando se tem o suficiente para prover tanto uma satisfação razoável com o status financeiro como uma habilidade para se obter recursos necessários para as demandas usuais da vida diária. Ao fazerem suas prescrições de terapêuticas, os profissionais de saúde devem estar atentos às condições econômicas das famílias para realizá-las. As prescrições economicamente inviáveis são inúteis. A educação é vista, em certa medida, como a literacia da família, ou seja, o quanto os recursos educacionais são adequados para que os membros familiares solucionem ou compreendam a maioria dos problemas que resultam do estilo de vida da família. As deficiências na literacia, muitas vezes, comprometem a adesão aos tratamentos e a compreensão da real situação de saúde dos membros da família. A assistência à saúde é vista quanto à acessibilidade e às experiências anteriores de cuidados médicos.

2. *Partnership* (Parceria)

É o compartilhamento das tomadas de decisões e do fortalecimento de responsabilidades pelos membros da família.

3. *Growth* (crescimento/ amadurecimento)

Crescimento físico, a maturidade emocional e a realização pessoal alcançada pelos membros da família através do suporte e orientação mútuos.

4. *Affection* (afeição)

Relação de cuidado e/ou amorosa existente entre os membros da família

5. *Resolve* (resolução)

É o compromisso de dedicar algum tempo para os outros membros da família com vistas ao fortalecimento e amadurecimento físico e emocional, envolvendo também a decisão de compartilhar espaço e (*wealth*) riqueza.

O questionário APGAR de família foi traduzido e adaptado transculturalmente no Brasil em 2001, pela pesquisadora Yeda Aparecida de Oliveira Duarte em sua tese de doutorado intitulado “Família: recurso terapêutico ou fator estressor. A ótica de idosos e cuidadores familiares”. O questionário modificou-se de três opções de escolha para cinco.

O questionário é tipo *screening* no qual a pontuação de cada item varia de 0 a 4 pontos. O escore da soma das cinco questões totaliza de 0 a 10, sendo que o resultado de 13 a 20 sugere uma função familiar alta; de 9 a 12 indica moderada disfunção familiar e de 0 a 8, uma severa disfunção familiar. Onde a opção Sempre = 4 pontos, Quase sempre = 3 pontos, Algumas vezes = 2 pontos, Raramente = 1 ponto, Nunca = 0 (Duarte, 2001).

O propositor do APGAR ainda sugere determinados momentos especialmente indicados para a aplicação do instrumento na prática clínica, por exemplo: quando a família está envolvida no cuidado de saúde de um membro, já que a doença representa um estressor familiar; ao iniciar o acompanhamento de um novo paciente na prática profissional; no nascimento de uma criança; e quando a informação da função familiar for essencial para o envolvimento da família no manejo dos problemas e cuidados familiares. Tem-se ainda a recomendação de que, após aplicar o Apgar na primeira consulta e desde que não haja alguma crise familiar, se repita o teste em cinco anos para se avaliar as mudanças na função familiar (Smilkstein, 1978).

Além do APGAR, seu propositor pondera que uma quantidade considerável de informação acerca da função familiar pode ser obtida quando o paciente descreve como a família se alimenta, faz as refeições, dorme, desenvolve as tarefas domésticas, escolares e as responsabilidades de trabalho, emprego. Se houver alguma evidência de disfunção nestas atividades os profissionais deveriam ficar alertas para a necessidade de avaliar a família mais profundamente. Para obter tais informações, as questões abertas (Quadro 7) são mais eficientes, mas requerem mais tempo, o que não corresponde à realidade da prática profissional, na maioria das vezes. Por isso, o APGAR foi proposto com questões fechadas, limitando-se à visão do paciente acerca da função familiar, o que se presta para elucidar a qualidade da interação deste com os demais membros da família (Smilkstein, 1978).

Quadro 7 - Questionário APGAR Familiar

Questão	Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Raramente	Nunca
Estou satisfeito pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando					
Estou satisfeito com a maneira como minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas					
Estou satisfeito com a maneira como minha família aceita e apoia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções					
Estou satisfeito com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor					
Estou satisfeito com a maneira como minha família e eu compartilhamos o tempo juntos					

Fonte: Duarte, 2001

O APGAR, com as questões fechadas, permite medir, qualitativamente, a satisfação do paciente, ou de quem responder ao teste, quanto aos componentes da função familiar. Quanto à adaptação, permite elucidar como os recursos são compartilhados ou em que grau cada membro está satisfeito com a assistência que recebe quando necessita recorrer ao patrimônio familiar, não se restringindo a questões financeiras. Quanto à parceria, permite ver como as decisões são compartilhadas ou quanto os membros estão satisfeitos com a mutualidade na comunicação familiar e na resolução de problemas. Para o crescimento, avalia-se como o fortalecimento e o apoio são partilhados ou quanto os membros estão satisfeitos com a liberdade gozada dentro da família para trocar papéis para atingir o crescimento e amadurecimento físico e emocional. Na afeição, avalia-se como as experiências são divididas ou a satisfação dos membros quanto à intimidade e a interação emocional que existe na família. No componente resolução, apesar da

pergunta fechada ater-se ao tempo, o profissional pode alargar a abordagem para sondar como o espaço e o dinheiro, além do tempo, são compartilhados na família ou quão satisfeitos estão os membros com o compromisso feito pela família para que dediquem tempo um ao outro (Smilkstein, 1978).

As questões fechadas não devem ser vistas como empecilho ao diálogo, pois a resposta dada pelo paciente ou outro membro familiar entrevistado pode fornecer elementos para iniciar uma conversa. Por exemplo, se o paciente perfizer um escore igual a zero na questão “estou satisfeito com a quantidade de tempo que minha família e eu passamos juntos”, o profissional de saúde pode usar uma questão aberta para provocar uma conversa: ‘vejo que você tem um problema quanto ao tempo que sua família passa junto. Fale-me sobre isso’. Então, o questionário fechado serve para poupar tempo e para ajudar a ESF a focar-se nos pontos críticos da família com problemas (Smilkstein, 1978).

É muito difícil que na prática diária das ESF, as famílias possam ser entrevistadas como uma unidade, ou seja, no mesmo atendimento, para a aplicação do APGAR. A base de dados familiares será obtida de tantos membros quanto possível, sendo, então, um registro cumulativo que deve ser modificado à medida que os testes sejam aplicados a fim de contribuir para a melhor compreensão da crise, funções e recursos da família. O trabalho com a família em problemas requer identificar e avaliar a crise familiar presente e passada; determinar o nível da função familiar por meio do APGAR e averiguar os recursos familiares. O APGAR familiar serve como um teste, tipo *screening*, para a avaliação da função familiar, entretanto, como em qualquer investigação diagnóstica, os resultados do teste devem ser postos em perspectiva pelos profissionais (Smilkstein, 1978).

4.2.1 Categorias de análises

Estrutura familiar

Seguindo uma concepção mais flexível de família, para o propositor do APGAR, a estrutura familiar é definida como: “*simply as the patient and one or more persons. Because structural or institutional relationships among members are not specified*” (Smilkstein, 1978, p. 1232)

O propositor deixa claro que o APGAR permite avaliar diversos arranjos familiares, não se restringindo à família nuclear tradicional, havendo espaço em sua concepção de família para diferentes estruturas, como evidenciado pelo trecho:

“there is a room for a wide range of Family life-styles, including the traditional nuclear Family, comunal groups, and nonmarried partners, whether heterossexual or homossexual.”
(Smilkstein, 1978, p.1232)

Assim, a estrutura familiar é vista como o paciente e uma ou mais pessoas, sem se especificar as relações entre os membros em termos institucionais. Com isso, o propositor do Apgar refere haver espaço para um leque abrangente de estilos de vida familiar, incluindo a tradicional família nuclear, grupos comunitários, parceiros não casados, casais heteros e homossexuais (Smilkstein, 1978).

Função familiar

O processo mutuo de fortalecimento e amadurecimento dos membros familiares equipara-se, para o propositor do APGAR, com a função familiar, que é a de promover o crescimento e o fortalecimento físico e emocional de todos os membros: *“... the process of nurturing is equated with family function that promotes emotional and physical growth and maturation of all members”* (Smilkstein, 1978, p.1232)

Esta visão do propositor do APGAR aproxima-se de Osório (2002) que define a função familiar como o provimento de afeto para a sobrevivência emocional dos componentes da família.

Relação familiar

O propositor não trabalha com papéis pré-estabelecidos, mas sim com o compartilhamento de recursos entre os membros, tanto que um dos componentes avaliados é a liberdade para se discutir os papéis para a distribuição mais equitativa de tarefas:

“family members usually have a commitment to share space and money” (Smilkstein, 1978, p. 1235, tabela 4)

“...satisfaction with the freedom avaiable within the family to change roles...”
(Smilkstein, 1978, p. 1235, tabela 4)

“The family’s ability to adapt or to cope with a crisis depends largely on its resources.”
(Smilkstein, 1978, p. 1237)

Perspectiva de abordagem da família

Os propositores partem da visão da família como um sistema: “*the Family, as a open socio-cultural system...*” (Smilkstein, 1978, p. 1231)

Mais especificamente, como um sistema orgânico, comparável ao próprio corpo humano:

“*...family function paradigm that may be likened to the body’s organ system, in that each componente has unique function, yet each is interrelated to the whole*” (Smilkstein, 1978, p. 1232-3).

Este paradigma que o propositor descreve vai ao encontro da Teoria de Sistemas em que se define sistema como um “complexo de elementos em mútua interação” (Wright, Leahey, 2012, p. 24). Esta teoria ainda traz o conceito de que a modificação de um membro da família afeta a todos em graus diferentes, o que aparece na base do APGAR. Entretanto, nota-se na visão de Smilkstein (1978) uma importância dos recursos familiares e do compartilhamento destes, incluindo o afeto e o apoio para crescimento, amadurecimento e fortalecimento físicos e mentais.

4.3 FIRO® e Family FIRO.

O FIRO®, acrônimo de *Fundamental Interpersonal Relations Orientation*, que traduzido para o português significa “orientações fundamentais nas relações interpessoais”, constitui uma teoria que foi desenvolvida por William Schutz, em 1958, para explicar as relações interpessoais em pequenos grupos. O propositor desenvolveu a teoria enquanto estava na Marinha do EUA e foi desafiado a apresentar uma forma de melhorar o desempenho de um centro de inteligência em combate. Para isso, devia melhorar as relações interpessoais em uma pequena sala numa base naval. Com base em um arcabouço psicossocial e por meio de um trabalho conceitual e testes empíricos de sua teoria, Schutz concluiu que todas as pessoas têm três necessidades no âmbito interpessoal: pertença, poder e afeto (Colangelo, Doherty, 1988; Schaber, 2002). Por isso, pode ser considerada uma abordagem de famílias e grupos ancorada na teoria de necessidades (Brasil, 2013).

A aplicação original da teoria FIRO® era dirigida a pequenos grupos com o propósito de fomentar a satisfação e a produtividade das relações interpessoais. Schutz, a partir dos

estudos empíricos que desenvolveu e dos estudos de publicações sobre a área, criou um instrumento para medir ou monitorar como os membros do grupo sentem-se em relação à necessidade de inclusão, controle e afeto. Com isto, pretendia possibilitar *feedbacks* às pessoas nos grupos a respeito de como estavam seus relacionamentos, a fim de aprimorá-los para aumentar o grau de satisfação e produtividade (Schutz, 1958).

O primeiro livro com sua teoria, editado em 1958, foi “*FIRO: a three dimensional theory of interpersonal behavior*”, renomeado, em 1966, para “*The interpersonal underworld*”. A estes seguiram-se outras obras que expandiram a teoria com *Joy* (1967), *Here comes everybody* (1971), *Elements of encounter* (1973), *Leaders of schools* (1977). Durante esses anos, elaborou a escala para testar a sua teoria que, na primeira obra, foi apresentada sob a forma de postulados (Doherty, Colangelo, 1984).

Na obra de 1958, Schutz apresentou quatro postulados: necessidades interpessoais, continuidade relacional, compatibilidade e desenvolvimento do grupo.

O postulado das necessidades interpessoais (Schutz, 1958) afirma que:

- a) Todo indivíduo tem três necessidades interpessoais: inclusão, controle e afeto.
- b) Inclusão, controle e afeto constituem um conjunto de fenômenos suficientes para regular o comportamento interpessoal.

Schutz (1958) define *interpersonal* (interpessoal) como relações que ocorrem entre pessoas. Assim, uma *interpersonal situation* (situação interpessoal) é uma situação envolvendo duas ou mais pessoas, na qual esses indivíduos tomam conta um do outro para algum propósito ou decisão. *Need* (necessidade) é definida como uma situação ou condição de um indivíduo em que a não satisfação da carência ou a falta de realização leva a consequências indesejáveis. Uma *interpersonal need* (necessidade interpessoal) é aquela que pode ser satisfeita apenas através da obtenção de uma relação satisfatória com outras pessoas.

A inclusão é definida, comportamentalmente, como a necessidade de estabelecer e manter relações satisfatórias com as pessoas no que diz respeito à interação e à associação. No nível sentimental, é entendida como a necessidade de estabelecer e manter um sentimento de interesse mútuo com o próximo e no âmbito da autopercepção, é vista como a necessidade de se sentir significativo para alguém, para o grupo (Schutz, 1958).

O controle é definido, comportamentalmente, como a necessidade de estabelecer e manter relações satisfatórias com as pessoas no que diz respeito ao controle e poder. Quanto à

percepção, o controle é entendido como a necessidade de estabelecer respeito mútuo pela competência e responsabilidade do outro; quanto à autopercepção, é definido como a necessidade sentir-se competente e responsável (Schutz, 1958).

O afeto é definido, comportamentalmente, como a necessidade de estabelecer e manter relações satisfatórias com as pessoas com base no respeito, amor e afeto. O afeto é sempre referido à relação entre duas pessoas, ou seja, sempre nas díades dentro do grupo, e não no todo. No nível sentimental, o afeto é a necessidade de relação satisfatória de afeto mútuo com o outro. Como autopercepção, é a necessidade de ser amável (Schutz, 1958).

O segundo postulado, da continuidade relacional, afirma que o comportamento interpessoal expresso por um indivíduo será semelhante ao comportamento que este experimentou em suas primeiras relações interpessoais, geralmente com os pais, por meio dos seguintes mecanismos:

- a) Princípio de constância: quando o indivíduo percebe que sua posição adulta em uma situação interpessoal é semelhante à sua própria posição na relação pai-filho, seu comportamento adulto correlaciona-se positivamente a seu comportamento infantil em relação a seus pais (ou outros entes significativos).
- b) Princípio da identificação: quando o indivíduo percebe que sua posição adulta em uma situação interpessoal é semelhante à posição de seus pais em sua relação pai-filho, seu comportamento adulto correlaciona-se positivamente com o comportamento que seus pais tinham quando ele era criança.

O terceiro postulado, da compatibilidade, afirma que a realização das metas varia de maneira proporcionalmente positiva à compatibilidade do grupo, ou seja, quanto maior a compatibilidade de um grupo maior será o grau de consecução das metas, ou seja, a produtividade.

O quarto e último postulado do desenvolvimento de grupo afirma que a formação e o desenvolvimento de duas ou mais pessoas numa relação interpessoal, isto é, no grupo segue sempre a mesma sequência com base em dois princípios:

- a) Princípio da integração do grupo: serve para o período de tempo que vai do início do grupo até três intervalos antes de seu término. A área predominante de interação começa com a inclusão, sendo seguida pelo controle e, finalmente, pelo afeto. Este ciclo pode se repetir.

- b) Princípio da resolução de grupo: corresponde aos três últimos intervalos anteriores ao término antecipado de um grupo. A sequência é oposta a do outro princípio, assim, a área predominante inicial do comportamento interpessoal será primeiro o afeto, depois o controle e, finalmente, a inclusão.

Atualmente, o questionário FIRO® é uma marca registrada da The Meyers-Briggs Company, após a venda da FIRO-B original, por seu autor, para a CPP, Inc., que integra esta companhia de consultoria e assessoria em psicologia organizacional dos EUA. Para que a escala seja usada, é necessária a aquisição do instrumento junto à empresa proprietária da trademark FIRO®, que comercializa a escala em diversos idiomas. Contudo, o instrumento não foi traduzido e validado para o português.

A teoria de Schutz foi adaptada, em 1984, para a terapia familiar pelos autores William J. Doherty, professor associado do Departamento de Medicina da Família na Universidade de Oklahoma, e por Nicholas Colangelo, professor associado da divisão do Conselho Educacional da Universidade de Iowa, Estados Unidos.

Os propositores denominam esta adaptação de *Family FIRO* e, embora reconheçam que as famílias são grupos diferentes dos estudados por Schutz, acreditam que as necessidades de inclusão, controle e afeto podem constituir uma hierarquia lógica na organização das múltiplas questões problemáticas a serem abordadas no tratamento de famílias por meio da terapia familiar. Ao proporem a adaptação do modelo para a família, revisam alguns dos conceitos, premissas e postulados da teoria original, considerando a especificidade do grupo familiar. Assim, não adotam o instrumento e a escala de avaliação das relações interpessoais desenvolvidos por Schutz e dos quatro postulados, tomando como relevantes para a construção do *Family FIRO* somente o um e o quatro: das necessidades interpessoais e do desenvolvimento do grupo, respectivamente.

Também fazem uma adaptação das necessidades interpessoais, mantendo a inclusão e o controle, mas mudando o afeto para intimidade. A inclusão centra-se nos membros da família e nos limites, ou seja, quem está incluído ou excluído dos subsistemas familiares; qual é o equilíbrio entre pertencer à família e manter uma identidade separada; como a família lida com a adição ou perda de membros. Para os cônjuges, o comprometimento com o relacionamento é uma questão central de inclusão, assim como os compromissos dos parceiros com relação a empregos, família estendida, amigos e outros interesses externos. A inclusão nas famílias refere-se ao nível de envolvimento de um na vida do outro, indo desde a falta de limites em um

extremo até a total falta de compromisso e engajamento no outro. O sentimento de ser cuidado por uma família é, primariamente, uma questão de inclusão (Doherty, Colangelo, 1984).

O controle refere-se às questões de responsabilidade, disciplina, poder, tomada de decisão e negociação de papéis. Ou seja, diz respeito à influência, evidente ou encoberta, da dinâmica de poder nas interações familiares, a fim de identificar quem dá as ordens e toma as decisões. Destacam-se três estilos de poder interativo: dominador (*dominating*), em que um membro da família exercita a superioridade e o poder sobre outros; reativo (*reactive*), quando um membro da família se afasta ou se revolta contestando poder; e colaborativo (*collaborative*), no qual um membro da família inspira confiança por sua capacidade de tomar decisões acertadas com a família (Schaber, 2002).

Os propositores substituem o termo afeto (*affection*) por intimidade (*intimacy*), para distinguir o compartilhamento interpessoal em profundidade (a intimidade) que fortalece e nutre o cuidado e a interação familiar, que pertencem ao domínio da inclusão. (Doherty, Colangelo, 1984). Portanto, o afeto na família se refere às trocas interpessoais estreitas, interações emocionalmente próximas e profundas com o compartilhamento de sentimentos, esperanças e vulnerabilidades, sendo isto melhor descrito pelo termo intimidade (Colangelo, Doherty; 1988; Schaber, 2002). Em um polo do *continuum* da intimidade estão os membros das famílias que se relacionam de maneira normativa segundo o que prescrevem os papéis de mãe, pai, filho, marido, esposa; no oposto, estão os parceiros que frequentemente interagem como íntimos e confidentes em uma relação eu-tu, transcendendo os prescritos papéis familiares. A intimidade relaciona-se ao compartilhamento estreito e profundo, usualmente em díades, dos pensamentos, sentimentos e desejos privados, não devendo ser confundida com noções de afeição e ligação (Doherty, Colangelo, 1984). Também não deve ser equiparada com relacionamentos sexuais, pois a ênfase é na intimidade, na abertura mútua em termos psicológicos (Colangelo, Doherty; 1988).

O Quadro 8 apresenta os conceitos e descrições das categorias e subcategorias do *Family FIRO*.

Quadro 8 - Conceitos da *Family FIRO*

Categorias	Termos descritivos		
Inclusão: refere-se às interações em família que se relacionam ao vínculo e à organização.	Subcategorias		
	<i>Estrutura</i> Limites Organização de papéis Aliança Posição de membros	<i>Conexão</i> suporte emocional (cuidado) Envolvimento Comprometimento Pertencimento Vinculação	<i>Compartilhamento de significados</i> Identidade Lealdade Rituais Valores Visão de mundo
Controle: refere-se às interações na família relativas à influência e ao poder	Subcategorias		
	<i>Dominador</i> Coerção Disciplina Manipulação Ditador	<i>Reativo</i> Rebelião Submissão Contramanipulação Afastamento	<i>Colaborativo</i> Negociação Compromisso Compartilhamento Equilíbrio
Intimidade: refere-se às interações na família relativas à autorrevelação e a trocas pessoais íntimas	Compartilhamento mútuo de sentimentos Relacionamento mútuo como personalidades únicas Interação sexual emocionalmente próxima Compartilhamento de vulnerabilidades Uma relação eu-tu		

Fonte: adaptado de Colangelo, Doherty, 1988

A família pode ter que se reciclar nas fases da inclusão, controle e intimidade quando passa por experiências de aumento com a chegada de novos membros, perdas por morte, mudanças ou outras rupturas como divórcio, doenças crônicas graves ou desemprego prolongado (Doherty, Colangelo, 1984).

Categorias de análise

Estrutura familiar

Os propositores entendem que a estrutura relaciona-se às rotinas e à necessidade de inclusão, sendo uma subcategoria desta:

“structure refers to repetitive patterns of interaction that become routine”(Colangelo, Doherty, 1988, p. 196)

“In the Family FIRO Model, inclusion has three subcategories. ... Structure...connectedness...shared meaning...” (Colangelo, Doherty, 1988, p. 196)

Sendo parte da inclusão, a estrutura diz respeito ao vínculo e à organização:

“Inclusion in families refers to interactions that relate to bonding and organization.” (Colangelo, Doherty, 1988, p. 196)

A estrutura inclui os limites relativos ao pertencimento à família:

“... are those which center around membership and boundaries, i.e., the extent to which to which family members are part of but the same time apart from the family unit or family subsystems” (Doherty, Colangelo; 1984, p. 22).

A estrutura inclui as questões relativas ao poder, não enquanto processo que está no domínio do controle, mas como inclusão, ou seja, pertença:

“In the Family FIRO Model, power structures fall within the control domain” (Colangelo, Doherty, 1988, p. 197).

Assim, para os propositores a estrutura familiar está representada na necessidade interpessoal da Inclusão, e reflete os limites, as regras e os valores familiares.

Relação familiar

Ao aplicar uma abordagem psicossocial, os propositores consideram uma pedra fundamental da família suas interações:

“the conceptual domain of the family FIRO model is family interactions: that is, the interpersonal processes that occur among family members” (Colangelo, Doherty, 1988, p. 196).

“In particular, we perceive the affective-bond dimension of connectedness as a central aspect of a family group...”. (Colangelo, Doherty, 1988, p. 196)

As relações familiares são vistas como formas explícitas e implícitas de influência:

“Family interactions continually involve overt and covert influence attempts” (Doherty, Colangelo; 1984, p. 22).

Os propositores afirmam que as relações familiares estão interligadas com os papéis de cada membro, compondo o domínio do Controle.

Os propositores deixam fora do escopo das relações as forças e dinâmicas extrafamiliares, ainda que reconheçam a influência destas no ambiente da família:

Although individual psychological dynamics and extrafamilial forces naturally work concurrently with family interactions, these forces and dynamics are outside the scope of the model. To the extent that they influence family life, however, they will presumably show that influence on the family interactions covered by the Family FIRO Model (Colangelo, Doherty, 1988, p. 196).

Função familiar

Para os propositores do Family FIRO Model, a família tem função de identificação, pertencimento:

“Families have high expectations for belonging and commitment, hence, these issue must be considered part of the definition of the family.” (Colangelo, Doherty, 1988, p. 196).

“for exemple, children feel entitled to high levels of commitment to the relationship” (Colangelo, Doherty, 1988, p. 196).

“For children, inclusion frequently centers around the sense of belonging to the family, of being part of a group which is irrevocably committed to one’s well-being, while at the same time having a sense of being recognized as an individual.” (Doherty, Colangelo; 1984, p. 22).

Também tem a função de cuidar e promover o sentimento de ser cuidado:

“The sense of being cared for in a family is primarily an inclusion issue.” (Doherty, Colangelo; 1984, p. 23).

“Family inclusion, then, defines the family’s core makeup: how it is structured, how connected its members are, and how it defines itself as a family in relation to the world.” (Colangelo, Doherty, 1988, p. 196).

Segundo Osório (2002), a família tem função biológica, psicológica e social. Os propositores trazem também essa noção ao afirmarem que *“...interactions perceived as family inclusion issues, for example parental love and nurturance” (Colangelo, Doherty, 1988, p. 198).*

Portanto, para os propositores o carinho e o afeto dispensado pelos pais aos filhos são parte da dimensão da inclusão e compõem a função psicológica da família.

Perspectiva de abordagem

The conceptual domain of the family FIRO model is family interactions: that is, the interpersonal processes that occur among family members. Although individual psychological dynamics and extrafamilial forces naturally work concurrently with family interactions, these forces and dynamics are outside the scope of the model (Colangelo, Doherty, 1988, p. 196).

Os propositores deixam claro que a perspectiva de abordagem são as relações intra familiares, com as questões relativas à Inclusão, Controle e Intimidade que são parte das necessidades interpessoais. Esta perspectiva leva a concluir que o Family FIRO Model trata a família como sistema, o que se confirma pelas intervenções terapêuticas propostas que se dão nas interações entre os membros considerando a inclusão, o controle e a intimidade.

“Inclusion issues in families are those which center around membership and boundaries, i.e., the extent to which family members are part of but at the same time apart from family unit or family subsystems.” (Doherty, Colangelo; 1984, p. 22).

4.4 GENOGRAMA E ECOMAPA

O genograma é uma ferramenta clássica para coletar e utilizar dados da família em qualquer prática familiar. O genograma pode retratar o sistema familiar, levando o profissional e o paciente a compreenderem o impacto do sistema e sua relevância para o problema apresentado (Hartman, 1978). É uma ferramenta útil para coletar, registrar e exibir informações da família, a fim de praticar o cuidado orientado à família (Rohrbaugh, Rogers, McGoldrick, 1992).

O genograma evoluiu, como declaram explicitamente seus propositores, a partir da teoria de sistemas famílias de Murray Bowen, tendo sido toda a estrutura conceitual para analisar suas pautas baseada nas ideias desta concepção teórica de família. Esta teoria entende que as pessoas estão organizadas dentro de sistemas familiares, segundo a geração, a idade, o sexo, e que o lugar que se ocupa na estrutura familiar pode influenciar seu funcionamento, suas pautas de relação e o tipo de família que se formará na geração seguinte. Ou seja, as famílias repetem-se a si mesmas; o que acontece em uma geração, com frequência se repete na seguinte. Isso é o que a teoria de Bowen chama de “transmissão multigeracional de pautas familiares”. O genograma busca estas pautas de funcionamento, relações e estruturas que se continuam ou se alternam de uma geração para outra. Os membros de uma família formam um todo funcional,

sendo a conduta de seus membros complementares ou recíprocas, gerando-se, assim, uma certa concordância ou equilíbrio interdependente entre dar e receber, ação e reação (McGoldrick, Gerson, 2000). Embora tenha se originado da teoria de Bowen, o uso dos genogramas espalhou-se tanto que passou a ser aplicado como ferramenta clínica por médicos, enfermeiros, assistentes sociais de diferentes orientações teóricas (Stabler, 2013).

Para Hartman (1978), proponente do ecomapa, o genograma é uma árvore genealógica que inclui dados sociais da família. É um mapa de ao menos três gerações de uma família que registra relacionamentos genealógicos, eventos familiares importantes, ocupações, perdas, migrações e dispersões familiares, identificação de funções e informações sobre padrão de comunicação. Com isto, Hartman (1986) considera impossível uma abordagem centrada na família sem um genograma. Parece, assim, nascer o forte vínculo entre ambas representações dos laços familiares internos e sociais.

Para criar um genograma é necessário traçar a estrutura familiar, registrar as informações sobre a família e delinear as relações familiares. A essência do genograma é descrever graficamente como os diferentes membros da família estão ligados biológica, legal e historicamente entre si de uma geração a outra. Uma vez registrada a estrutura familiar, pode-se começar a registrar as informações sobre a família, em especial informação demográfica, informação sobre o funcionamento familiar e eventos familiares críticos (McGoldrick, Gerson, 2000).

Entre as informações demográficas, estão as idades, datas de nascimentos e mortes, ocupação e nível educacional. Quanto às informações funcionais, podem-se identificar os dados médicos, emocionais e de comportamento dos membros da família (informações como ausências no trabalho ou alcoolismo). Os eventos familiares críticos incluem transições importantes, migração ou mudanças de relacionamento (casamentos, divórcios, falecimentos). As anotações de eventos críticos podem ser incluídas fora do mapa, em notas de rodapé ou em uma folha separada (McGoldrick, Gerson, 2000).

Para delinear as relações familiares são necessárias informações coletadas na entrevista com membros da família e da própria observação direta do profissional. Utilizam-se símbolos (linhas) distintos para se referir aos diferentes tipos de relações entre os membros da família. No geral, o ponto focal do genograma é o paciente índice e os detalhes dos demais se mostram no genograma em relação a esta pessoa (McGoldrick, Gerson, 2000). Na década de 80, o formato dos genogramas foi padronizado por um comitê e apresentado em publicações de McGoldrick e Gerson em 1985 e 2005 (Wendt, Crepaldi, 2008).

Os genogramas podem ser desenhados a mão ou por meio de programas, como editores de textos ou softwares que permitem a criação e manipulação de desenhos. Devido à dificuldade de elaborar essa representação gráfica, alguns programas de computador foram desenvolvidos com esse objetivo. Em 1982, Randy e Gerson desenvolveram o primeiro programa de computador específico para genograma desenhado para o Macintosh original. A partir daí, desenvolveram-se diversos aplicativos, por exemplo, o GenoPro (www.GenoPro.com), que traz uma série de símbolos e legendas em inglês. Ao contrário do que se poderia supor, a língua parece não ser um problema nesse caso, pois como a maioria dos símbolos apresentados coincidem com os mais utilizados na confecção manual do genograma, o recurso da tecnologia de informação tem sido bem aceito pelos profissionais. Entretanto, o GenoPro só está disponível na plataforma Windows® e em versão paga e é importante destacar que há recursos no programa que também permitem criar o ecomapa a partir de um genograma. O Genogram Analytics (<http://www.genogramanalytics.com>) é outra opção de aplicativo que pode ser trabalhado nos sistemas operacionais Windows® ou Mac® (Apple), mas também é um programa pago e em inglês. Em 2011, foi disponibilizado um aplicativo livre, chamado “Álbum de Família”, que permite, em português e em linguagem digital, a construção de genograma. Está disponível em (www.albumdefamilia.nescon.medicina.ufmg.br) (Coutinho, Ferreira, Nascimento, 2016, p. 27).

Segundo Stabler (2013), uma das aplicações mais importantes do genograma é a ajuda aos terapeutas no entendimento dos problemas da família, levando em consideração a maneira pela qual os eventos e relacionamentos podem estar ligados à estrutura familiar, bem como à saúde e doença. Com isso, permite que os profissionais vejam os sintomas e problemas tanto em seu contexto histórico como atual.

O genograma surgiu na prática da terapia familiar sistêmica para avaliar e diagnosticar as intervenções terapêuticas, mas vem sendo usado de formas distintas pelos terapeutas: para atrair a família, demonstrar o sistema familiar, para esclarecer pautas familiares, para levantar e resolver problemas familiares. Neste âmbito, tem sido usado em diferentes configurações, com adultos, crianças, adolescentes, casais e no atendimento individual (Barreto, Crepaldi 2017). Na prática da medicina de família, o genograma tem se mostrado útil tanto como registro de informações médicas que podem ser coletadas na primeira consulta com vistas a avaliar as conexões entre os membros da família e as enfermidades presentes quanto como meio de construir uma relação entre profissional e paciente; e como controle de tratamento e plano terapêutico (McGoldrick, Gerson, 2000). Profissionais de saúde atuantes nos serviços privados

e públicos da rede de atenção à saúde, como ESF, NASF, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), e também no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), como no Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e no Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS) têm utilizado o genograma (Barreto, Crepaldi 2017).

Assim como o genograma, o ecomapa é uma representação gráfica das relações entre as famílias e os dispositivos da comunidade, auxiliando os profissionais na avaliação dos apoios disponíveis e acessíveis à família (Nascimento et al., 2014).

O ecomapa é uma ferramenta desenvolvida em 1975 por Ann Hartman, professora da Escola de Serviço Social da Universidade do Michigan, como parte do Laboratório de Aprendizagem do Bem-Estar da Criança, que era um projeto do programa do Serviço Social da mesma universidade, como parte do Programa de Educação Continuada no Serviço Social (Hartman, 1978).

Assim, o ecomapa foi desenvolvido com o objetivo de auxiliar os profissionais, especialmente os assistentes sociais, nas práticas públicas de bem-estar infantil e na avaliação das necessidades das famílias. A ferramenta retrata a família e o indivíduo no espaço de vida, mapeando, de maneira dinâmica, o sistema ecológico, ou seja, os principais sistemas que fazem parte da vida da família e a natureza do relacionamento da família com os vários sistemas. Retrata as importantes conexões nutridas ou carregadas de conflitos entre a família e o mundo (Hartman, 1978). Com base nas teorias de Gregory Bateson, Hartman (1986) afirma que a mente é parte da ecologia e ao se olhar para um sistema ecológico é obrigatório considerar a sua parte mental, os valores e a construção da realidade. Ainda, apoiando-se nas pesquisas de David Reese, Hartman (1986) afirma que a construção das experiências familiares é compartilhada e os membros de uma família tendem a interpretar determinada situação da mesma forma, enquanto cada família interpreta diferentemente situações idênticas. Ao adotar uma visão sistêmica de família que considera esta parte mental, Hartman (1986) entende que se preenche uma lacuna do ecomapa que sempre a incomodava como assistente social, a saber: onde ficavam os valores e a cultura das famílias na representação do ecomapa.

Para a construção do ecomapa, a propositora indica desenhar o sistema nuclear ou agregado familiar em um círculo no centro do mapa, para então realizar as conexões com os vários sistemas traçando linhas. Para a propositora, não importa a forma como o ecomapa será utilizado, seu principal valor é o impacto visual e a capacidade de organizar e apresentar de forma simultânea informações sobre a família e os relacionamentos. Afirma que o exame visual deste mapa da família em relações sociais tem um impacto considerável na forma como o

profissional e o paciente percebem a situação, pois as conexões, os temas e a qualidade de vida da família parecem saltar aos olhos propiciando uma percepção mais holística e integrativa (Hartman, 1978).

Hartman (1978) destaca que ecomapa e genograma são representações gráficas que podem organizar e materializar uma significativa/grande/enorme quantidade de dados sobre o sistema familiar no espaço e no tempo (na história geracional). Tal objetividade e retrato visual podem, na visão da autora, levar a novos “*insights*” e percepções sobre a complexidade dos sistemas humanos. Tanto que entre os recursos digitais para construção do ecomapa estão as plataformas de design gráfico, tais como Canvas (https://www.canva.com/pt_br/graficos/ecomapa/) e a plataforma Genogram Analytics.

O genograma e ecomapa foram concebidos sob a égide de teorias sistêmicas para terapia familiar e ecologia, respectivamente, mas desde o início de sua difusão vêm sendo usados sob diferentes perspectivas de compreensão e abordagem de famílias (Hartman, 1978; McGoldrick, Gerson, 2000). Para Hartman (1978, p. 475): “*The genogram is a classic tool for gathering and utilizing family data in any family oriented practice.*”. McGoldrick e Gerson (2000 p. 21-22) também afirmam que “*Por lo general, se asocian los genogramas con la teoría de los sistemas familiares, pero también los utilizan médicos de otras orientaciones*”.

Em um levantamento mais recente, Stabler (2013) afirma que apesar de originalmente associado com os terapeutas familiares sistêmicos da linha de Bowen, o uso dos genogramas foi, ao longo de sua difusão, adotado por terapeutas e profissionais de diversas áreas e diferentes orientações teóricas, sendo necessárias mais pesquisas para investigar o potencial desta ferramenta na clínica, principalmente na psicoterapia, ainda que já exista uma abundância de estudos que pesquisaram seu uso em diferentes cenários e aplicações:

Therefore, whilst much literature and research details the varied use and benefits of genograms, my extensive searches revealed an absence of studies looking at their integration into clinical practice with individuals, particularly within integrative psychotherapy and counselling psychology (Stabler, 2013, p. 27).

O arcabouço teórico de cada profissional que utilizará essas ferramentas irá ditar a forma de interpretação do genograma e ecomapa. Rohrbaugh, Rogers e McGoldrick (1992), em pesquisa que teve como objetivo determinar quais categorias médicos de famílias e terapeutas familiares usavam com mais frequência e consideravam mais importante no genograma, identificaram que a forma como os clínicos interpretavam os genogramas era consequência de suas assunções teóricas ao ligar os fatores familiares e a saúde. Entre os terapeutas familiares

participantes do estudo, a concordância entre os julgamentos de cada um era maior, já que a maioria destes trabalhavam juntos e compartilhavam uma base teórica comum: a teoria intergeracional de sistemas familiares de Bowen. Por usarem arcabouços da epidemiologia genética entre os clínicos isto não acontecia, mostrando que a consonância entre as interpretações feitas pelos profissionais requer um arcabouço teórico comum e, também, que ao se notar discordâncias quanto à análise do genograma de uma família entre os profissionais, vale investigar a partir de qual teoria cada um está explicando a representação do genograma:

Other frameworks clinicians use to interpret genograms and explain relationships between family factors and health include genetic theory, family-stress (and socialsupport) theory, and life-cycle theory. Genetic theory, through which physicians learn about family pedigrees, is taught to all medical students and, along with epidemiological evidence, is a major reason for including the family history in routine medical care. (Rohrbaugh, Rogers, McGoldrick, 1992, p. 87-88).

Os autores ainda afirmam que “*genograms display a broad, variable range of family information subject to interpretation from different theoretical perspectives.*” (Rohrbaugh, Rogers, McGoldrick, 1992, p. 88). Assim, ao se entender o genograma como um recurso gráfico que organiza e clarifica aspectos importantes para serem discutidos no âmbito das equipes multiprofissionais, justifica-se aclarar o entendimento que cada um dos membros faz da estrutura, relações e informações apresentadas (Barreto, Crepaldi 2017).

O genograma e o ecomapa são ferramentas bastante usadas na enfermagem brasileira devido a sua aplicabilidade para avaliar a complexidade e dinamicidade das relações familiares. Nascimento et al. (2014) desenvolveram um estudo com o objetivo de “identificar e analisar como o genograma e o ecomapa têm sido utilizados pela enfermagem brasileira” (p. 212). Para isso, realizaram uma revisão integrativa usando os termos ecomapa e genograma como palavras chave em associação com o descritor “enfermagem”. A amostra final totalizou 34 artigos que apontaram o uso destas ferramentas, predominantemente, como complemento na coleta de dados de pesquisa e, também, como parte do processo terapêutico (somente um artigo da amostra). Ressalta-se, assim, a necessidade das pesquisadoras espriarem, por meio da formação inicial dos profissionais, a utilização do genograma e do ecomapa para a prática clínica, já que estes se mostraram essenciais para retratar a estrutura familiar, estabelecer a densidade dos vínculos e interações das famílias e seus membros com a comunidade, além de aproximar os profissionais e as famílias e permitir a continuidade do cuidado e a sistematização das ações de saúde. Esse estudo aponta, ainda, a necessidade de novas pesquisas para

“aprofundar a aplicabilidade destes instrumentos na prática clínica” (p. 218) e nos diferentes contextos e singularidades das famílias atendidas.

No mesmo sentido, em 2016, Coutinho, Ferreira e Nascimento publicaram uma revisão integrativa sobre o uso do genograma como instrumento de avaliação familiar e encontram que é “consenso na literatura consultada que as informações contidas em um genograma podem incluir vários aspectos dentro de uma família como fatores genéticos, médicos, sociais, comportamentais e culturais” (Coutinho Ferreira, Nascimento, p. 23). A revisão indicou a necessidade de pesquisas sobre a eficiência e aplicabilidade do genograma e ecomapa, especialmente na avaliação fisioterapêutica, já que na revisão demonstrou-se a relevância da utilização destas ferramentas como instrumento de avaliação familiar entre os profissionais que atuam na ESF.

Borges, Costa e Faria (2015) desenvolveram pesquisa para avaliar o genograma como instrumento auxiliar na avaliação em saúde e concluíram que este é um dos instrumentos que mais contribui para a compreensão da realidade das famílias, ainda que os profissionais que o utilizavam tenham apresentado “dificuldade de ter uma visão sistêmica do sujeito em relação com o meio” (p. 140).

A revisão integrativa realizada por Costa et al. (2016) ressalta que o enfermeiro, com vistas à promoção da saúde familiar, usa, em sua prática na APS, o genograma e o ecomapa como instrumentos de avaliação da família, sendo que o primeiro presta-se para conhecer as interações do grupo e o segundo para elucidar o contexto das relações deste com a comunidade, identificando os pontos fortes de vínculo com as organizações e instituições e favorecendo o cuidado que considera os diversos cenários sociais e o modo como vivem as famílias.

Barreto e Crepaldi (2017) destacam que o genograma tem sido utilizado de diferentes formas por distintos profissionais. Por exemplo, há quem o entenda como uma construção que ocorre com as pessoas atendidas, ultrapassando os limites de um instrumento ou técnica e, ao ser entendido como uma construção conjunta do profissional de saúde com o usuário e família, pode ser chamado de genograma construtivista. O uso de metáforas, fotos, imagens, retratos falados tem sido adotado como forma de enriquecer e personificar o genograma de cada família, favorecendo que se atribua mais significados para as histórias narradas e para as relações da família. Para esta construção, há outros itens considerados importantes para serem rastreados, tais como: fatores socioeconômicos; fatores físicos-genéticos; valores religiosos; fatores ambientais; fatores genéticos, além dos físicos como habilidades artísticas; valores familiares; experiência cultural. Enfim, há inúmeras sugestões na literatura, como afirmam as autoras,

quanto ao que deve e/ou pode ser explorado na construção do genograma e, como alertam, serão a complexidade das relações familiares e as especificidades de cada história que orientarão os profissionais e as famílias na eleição dos elementos a serem considerados.

Diferentemente das outras ferramentas que são alvo da *scoping review* no presente estudo (FIRO, PRACTICE e APGAR Familiar), ficou claro, pelas publicações encontradas na busca realizada, que a concepção teórica que norteou a proposição do genograma e do ecomapa era explicitamente reconhecida e expressa pelos autores. Ou seja, os artigos falavam da vinculação originária de ambas com a teoria sistêmica (terapia familiar e ecologia), ainda que não fossem de autoria de seus propositores. O material levantado também mostrou que, apesar disso, desde o início da difusão destes instrumentos de avaliação familiar, o seu uso vem ocorrendo sob a égide dos mais diferentes modelos teóricos, como foi reconhecido, inclusive, pelos propositores do genograma em pesquisa que desenvolveram. As revisões integrativas encontradas reforçaram o uso amplo e diversificado do genograma e ecomapa na pesquisa e na prática clínica em saúde, ressaltando que a origem destes no interior da teoria sistêmica não constituiu obstáculo para sua adoção por profissionais ancorados em outras concepções teóricas. Estas revisões ainda indicavam que a necessidade atual de pesquisas seriam as de campo com vistas a compreender as implicações destas diferentes visões teóricas na interpretação do genograma e ecomapa. Pareceu, então, que para o caso do genograma e ecomapa havia se invalidado a justificativa da inclusão destas ferramentas na *scoping review* proposta, ao menos no que se referia à análise com as categorias escolhidas para deduzir, ou extrair, a concepção teórica que norteara a proposição de ambas, já que esta estava clara. Entendeu-se que, além do fato da concepção teórica originária do genograma e ecomapa estar claramente colocada, o atual uso destas ferramentas, na pesquisa e na prática clínica, ao contrário das demais cujo uso na ESF é menos frequente, indicava ser o momento de estudos que permitissem alcançar um resultado mais analisado e sintetizado acerca das concepções teóricas implicadas no uso destes instrumentos, o que não era apropriado para uma revisão do tipo *scoping* e, tampouco, era o propósito deste estudo. Portanto, o genograma e o ecomapa foram tomados na consecução do objetivo geral deste estudo como representações gráficas das famílias que poderiam ser aplicadas com as demais ferramentas incluídas na *scoping review*, sendo assim indicada a sua aplicação na ESF.

5 DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

Esta pesquisa objetivou discutir, por meio de uma *scooping review* de seus documentos primários, concepções, funções, relações e perspectivas de família que nortearam os propositores das ferramentas de abordagem familiar que vêm sendo indicadas para o cuidado de condições crônicas de saúde na APS. O cuidar em enfermagem na atenção primária perpassa tanto o cuidado do indivíduo como o da família, de modo que conhecer o marco teórico das ferramentas pode auxiliar o enfermeiro e a equipe de saúde no cuidado ao paciente, norteando a escolha da que seja mais adequada ao fazer específico do enfermeiro e à realidade na que atua.

O Quadro 9 abaixo apresenta os documentos primários usados para extrair as concepções, funções, relações e perspectivas de cada ferramenta, com os respectivos autores e data de publicação.

Quadro 9 - Documentos primários das ferramentas de abordagem familiar usados para a extração das categorias, conforme ferramenta, propositores, tipo, ano e país de publicação.

Ferramenta	Propositores	Tipo de material	Ano de publicação	País
PRACTICE	Barrier D, Bybel M, Christie-Seely J, Whittaker Y	Capítulo de livro PRACTICE – a Family assessment tool for Family medicine. In: Christie-Seely J (org.) Working with the Family in primary care a systems approach to health and illness	1984	Canadá
APGAR	Smilkstein G	Artigo The Family APGAR: a proposal for a Family function test and its use by physicians	1978	Estados Unidos
Family FIRO	Doherty WJ, Colangelo N	Artigo The family FIRO model: a modest proposal for organizing family treatment	1984	Estados Unidos
	Colangelo N, Doherty WJ	The family FIRO model: the integration of group theory and family theory	1988	

No período de 1920 a 1940, predominava a família nuclear, com muitos filhos. Esta caracterizava-se por: hierarquização clara nas relações familiares; divisão de tarefas em função do gênero; regras rígidas e estáveis que tornavam segura a vida privada, sem inspeção e intromissão externas. Em outras palavras, preconizavam-se a estrutura, a hierarquia, os papéis sociais e as normas de funcionamento. O movimento de nuclearização da família continuou na década de 1950 e o início da década de 1960 (Martinez, 2015).

Segundo Dessen (2010), a estrutura da família, do final dos anos 1960 até os anos 1980, sofreu diminuição no número de filhos, devido à entrada da mulher no mercado de trabalho, à crise econômica dos anos 1980 e ao surgimento de novos valores de criação dos filhos. O surgimento e a difusão da pílula anticoncepcional, separando definitivamente o ato sexual da reprodução, também contribuiu para estas mudanças, assim como a regulamentação do divórcio, o aumento do nível de escolaridade feminina e um maior acesso às informações.

Ainda segundo Dessen (2010), estas mudanças atingiram as relações familiares que, de hierárquicas (anos 1950), passaram a ser mais igualitárias (ano 1980). Essas mudanças significaram, portanto, relações parentais menos hierárquicas e mais igualitárias, deixando a identidade de ser alicerçada na posição, sexo e autoridade paterna para ser baseada nas diferenças pessoais. Deu-se início, assim, à crise de autoridade da família, pois essas mudanças indicaram menor desigualdade entre os papéis masculinos e femininos e modificações na distribuição das tarefas domésticas e do lar entre os dois genitores.

Dentro das ferramentas analisadas, foi possível observar essa caracterização das famílias. As propositoras do PRACTICE ancoraram a ferramenta em uma visão de família hierarquizada, com definição clara e generificada de papéis entre os membros. A abordagem e a intervenção propostas por elas consideram esta estruturação obrigatória, sendo os problemas familiares decorrentes da desestruturação de papéis. Nessa perspectiva, a terapia era feita com a finalidade de restabelecer a estrutura por meio da discussão dos papéis entre os membros. Apesar desta visão estruturada e generificada da família, já é possível ver que as propositoras do PRACTICE introduzem a temática de igualdade de gênero, que vinha sendo discutida na sociedade norte-americana no contexto de 1980.

Por sua vez, o propositor da ferramenta APGAR introduz uma nova visão da família, com mais igualdade entre os membros, sem trazer à tona a discussão de diferenças entre os papéis masculinos e femininos, já que contempla os diferentes arranjos familiares, incluindo os homossexuais. A palavra-chave na proposição desta ferramenta é compartilhamento (*shared*), indicando, então, a introdução de uma nova visão de família, mais pertinente às transformações

do período (década de 1970). Das ferramentas estudadas, é a única claramente proposta por clínicos da Medicina de Família, e talvez por isso tenha ampliado a compreensão de família com vistas a abarcar o que a realidade do consultório trazia.

Assim como o PRACTICE, os propositores do *Family FIRO* trazem à discussão os valores, limites e regras familiares definidos entre os membros. Nessa proposta, as relações são vistas como interligadas aos papéis familiares, numa visão de família hierarquizada, o que era comum à teoria de sistemas do período de 1950, que pautou a proposição do FIRO®.

A Teoria dos Sistemas foi a base da terapia familiar, surgida no final dos anos 1950 nos Estados Unidos. Naquele momento, era forte a presença do modelo de família nuclear, em que o casal heterossexual tinha a função de constituir um núcleo em torno dos filhos. A Terapia Familiar surgiu a partir do trabalho de um grupo de pensadores e terapeutas, que teve como pioneiros Gregory Bateson e Nathan Ackerman. Entre 1960 e 1970, surgiram diferentes abordagens, métodos, clientelas e contextos. Mantinha-se o pensamento original de que a orientação teórica sistêmica era aplicável a toda estrutura humana, a despeito das diferenças culturais ou étnicas (Ponciano, Feres-Carneiro, 2003). Na década de 1960, surgiu a Teoria da Comunicação Humana, proposta pela equipe do Instituto de Pesquisa Mental de Palo Alto (Califórnia, Estados Unidos), entendendo que a comunicação, ao mesmo tempo em que transmite uma informação, também delimita a natureza da relação entre os comunicantes. A comunicação familiar determina, portanto, um modelo de interação entre os membros. A década de 1970 foi marcada pela Teoria Estrutural, representada, em especial, por Salvador Minuchin.

Para ele, a família era concebida como um sistema organizado hierarquicamente e constituído por subsistemas que se encontram em constante interação: o subsistema individual, o subsistema parental (pais e filhos), o conjugal (marido e mulher) e o fraternal (entre irmãos). A interação entre esses subsistemas definiria os limites e as trocas permitidas a cada integrante da família. Os subsistemas seriam demarcados por fronteiras, que assinalariam as regras sobre quem participaria e como participaria, com a função de proteger a diferenciação dos membros.

As famílias funcionais tenderiam a apresentar fronteiras nítidas, permitindo certas mudanças nos padrões de funcionamento para se acomodar às situações de mudanças (Fiorini, Guisso, 2016). Na década de 1980, emergiu a Abordagem Estratégica que se centrava na solução de problemas apresentados pelo cliente, ressaltando sempre o contexto familiar. Concomitantemente, desenvolveu-se a Escola de Milão, contribuindo com a ideia de que a conduta de um membro da família influenciaria o comportamento dos outros, porém sem o sentido de causalidade, pois o poder não pertenceria a um único integrante, mas se encontrava

nas regras do jogo familiar. Outro estudioso muito importante na progressão da teoria e da prática sistêmica na terapia familiar foi Bowen que inicialmente era seguidor da psicanálise, mas acabou por elaborar a Teoria dos Sistemas Familiares. Dentre os principais conceitos de sua abordagem, estavam: diferenciação do self; triângulos; processo emocional da família nuclear; processo de projeção familiar, e processo de transmissão multigeracional (Fiorini, Guisso, 2016). No seio desta Teoria, nasceram genograma e ecomapa, como discutido anteriormente, embora tenham dela se desprendido na aplicação prática em diferentes campos de atendimento à família.

O Quadro 10 resume os achados para as categorias de função, estrutura e relação familiar a partir da análise dos documentos primários das ferramentas objeto deste estudo.

Quadro 10 - Categorias função, estrutura e relação familiar, segundo cada ferramenta de abordagem

continua

Ferramenta/ Categoria	Função familiar	Estrutura familiar	Relação familiar
PRACTICE	<ul style="list-style-type: none"> - Promover o desenvolvimento da identidade, permitindo a autonomia gradativa dos filhos, a partir da clara autoridade exercida pelos pais e num balanço equilibrado entre autonomia e mutualidade, com espaço para a manifestação de emoções positivas e negativas de forma explícita e honesta. - Garantir o desenvolvimento saudável dos membros. 	<ul style="list-style-type: none"> - A família deve ter uma hierarquia e organização claras, com rotinas de funcionamento e padrões de comportamento repetitivos, constantes. - As fundações da estrutura da família estão fincadas no casal heterossexual. - A igualdade de gênero é aventada como algo que desponta na sociedade norte-americana daquela época. 	<ul style="list-style-type: none"> - Para o funcionamento saudável do sistema familiar, são necessárias organização hierárquica e regras claras. - Os papéis de cada um na família devem ser claramente definidos e aceitos por todos os membros. - Os papéis masculino e feminino devem atender ao socialmente esperado para cada gênero, sendo o equilíbrio familiar abalado quando há mudanças neste aspecto.

Quadro 10 - Categorias função, estrutura e relação familiar, segundo cada ferramenta de abordagem

continuação

Ferramenta/ Categoria	Função familiar	Estrutura familiar	Relação familiar
APGAR	Promover o crescimento e o fortalecimento físico e emocional de todos os membros da família.	<ul style="list-style-type: none"> - O paciente e uma ou mais pessoas por este indicada, sem se prender às relações entre estes membros em termos institucionais. - Há espaço para um leque abrangente de estilos de vida familiar, incluindo a tradicional família nuclear, grupos comunitários, parceiros não casados, casais heterossexuais e homossexuais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não trabalha com papéis pré-estabelecidos, mas sim com compartilhamento de recursos, materiais e emocionais, entre os membros da família.
Family FIRO	<ul style="list-style-type: none"> - A família tem função de identificação; pertencimento; cuidar e sentir-se cuidado. - O carinho e afeto dispensados pelos pais aos filhos é parte da dimensão da inclusão e compõe a função psicológica da família. 	<ul style="list-style-type: none"> - Relaciona-se às rotinas e à necessidade interpessoal da Inclusão e reflete os limites, as regras e os valores familiares. - Diz respeito ao pertencimento familiar, considerando vínculo e organização. 	<ul style="list-style-type: none"> - As relações familiares são vistas como formas explícitas e implícitas de influência entre os membros da família, estando interligadas com os papéis de cada um.

conclusão

Em consonância com as discussões da terapia familiar pertinentes ao período entre 1970 e 1980 nos EUA, parece claro, pela análise das categorias, que as propositoras do PRACTICE foram influenciadas por uma visão sistêmica da família tradicional, patriarcal, estruturada de maneira nuclear. Ainda que reconheçam a existência da crítica feminista, não se deixam influenciar por esta, adotando uma visão sistêmica de família, em que esta é caracterizada como um sistema organizado, hierarquizado, rígido e nuclear.

Na saúde da família, é preciso se apropriar da convivência de diversos arranjos familiares no território, pois como visto em alguns autores (Carnut, Faquim, 2014), o modelo de família formada por um pai provedor, uma mãe dona de casa e seus filhos não é o tipo de arranjo doméstico predominante atualmente no Brasil. Se o profissional de saúde pautar sua prática a partir de um modelo idealizado, ou se poderia dizer ideologizado, de família estrutural

e patriarcal, terá mais dificuldades para captar e lidar com a realidade na qual trabalha. Uma abordagem da família que pondere as mudanças sociais e econômicas às quais as pessoas estão sujeitas, parece ter mais potencial para responder com maior precisão às transformações internas familiares e como estas se relacionam com a sociedade mais ampla, seja na perspectiva particular ou estrutural (Teruya, 2000), incluindo a saúde. Por isso, o uso da ferramenta PRACTICE na realidade da ESF, em que se encontram múltiplos e diferentes tipos de arranjos e estruturas familiares, parece ter mais limites que potencialidades para melhor qualificar a atenção de enfermagem na APS. Considerar todos os preceitos rígidos e tradicionais trazidos por esta ferramenta pode limitar a visão do problema familiar a uma questão de estruturação, ou melhor, à falta desta, e, com isso, impedir a adequada atenção dentro do espectro ampliado da visão de família que alicerça o trabalho na ESF.

Neste sentido, a visão mais ampliada de família adotada pelo propositor do APGAR parece mais apropriada para a realidade da ESF no contexto brasileiro. Esta ferramenta, além de operar com uma compreensão mais ampliada de família, coloca o usuário do serviço de saúde como o definidor de quem é sua família. Esta é compreendida como um grupo psicológico constituído pelo usuário e uma ou mais pessoas por este indicadas, sejam crianças ou adultos, entre as quais haja o compromisso do cuidado mútuo (Smilkstein, 1978, p. 1232). Não se colocam limites de laços sanguíneos, parentais ou institucionais; importa apenas a ligação afetiva de fortalecimento e cuidado entre os membros. Sendo assim, parece que o uso da ferramenta é mais apropriado aos diversos tipos de arranjos familiares existentes, pois já em sua proposição, diferentemente do PRACTICE, não se restringiu à família nuclear rigidamente estruturada, hierarquizada, de matriz patriarcal que caracteriza a visão sistêmica tradicional. Na concepção de família do APGAR, não se elimina a abordagem sistêmica, mas o propositor da ferramenta adota uma visão mais moderna, que já se deixou influenciar pelas mudanças socioeconômicas e pela crítica feminista ao patriarcado e à família nuclear tradicional. O APGAR parece estar mais próximo da visão de família preconizada pelo Ministério da Saúde e à realidade encontrada pelos profissionais nos territórios da ESF.

A visão de família adotada pelos propositores do *Family FIRO* é a da família hierarquizada que depende de sua correta organização e da relação equilibrada entre as três dimensões, necessidades interpessoais para que as interações sejam adequadas. Os propositores colocam claramente a influência da teoria sistêmica e das escolas de teorias familiares sistêmicas em sua forma de abordagem. Também ressaltam que o modelo proposto por eles é

para a avaliação e intervenção dentro do escopo da terapia familiar, a ser feita por profissionais especializados na área, especialmente os psicólogos.

O trabalho da equipe de ESF pressupõe uma equipe multiprofissional, apoiada pelo NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família). A equipe multiprofissional mínima, tomados os profissionais com ensino superior, é composta pelo Enfermeiro, Médico e Odontólogo. Na equipe do NASF, o Psicólogo pode estar presente, porém não é um profissional obrigatório na composição do Núcleo. A terapia familiar, por sua vez, deve ser realizada por profissional capacitado para tal, porém, na prática da ESF, comumente não o encontramos. Considerando esta realidade das equipes multiprofissionais e de apoio da ESF e a condição de que o *Family FIRO* seja aplicado por profissional habilitado para terapia familiar, parece que a utilização desta ferramenta também fica bastante limitada. Há, também, uma limitação decorrente dos diversos arranjos familiares encontrados no território, o que pode impossibilitar a avaliação de todas as dimensões que pressupõe a ferramenta.

Para discutir as perspectivas de família encontradas nos documentos primários que propuseram as ferramentas de abordagem familiar analisadas, utilizou-se a proposta de Hanson (2005), como se vê na Figura 6.

Figura 6 - Ferramentas de abordagem familiar segundo a perspectiva de abordagem da família proposta por Hanson (2005)

Fonte: adaptado de Hanson, 2005

Ao considerar-se o cuidado à família na ESF, destaca-se a atuação do enfermeiro que, como já indicado no quadro teórico, ao lidar com as situações de saúde e doença, deve relacionar as concepções de família, os arranjos, os papéis e a influência sociocultural na família e procurar ações e intervenções que apoiem a saúde familiar (Angelo, Bousso, 2001b).

As metas de cuidado do enfermeiro na saúde da família são: gerar intervenções e buscar recursos para otimizar as capacidades da família para o autocuidado, conhecer o impacto da doença sobre a família e investigar como as interações entre os membros influenciam no desenvolvimento do processo saúde doença (Angelo, Bousso, 2001a; Kaakinen, Webb, 2015). Para isso, todo trabalho com indivíduo e família pressupõe a realização da SAE. A coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação são etapas que o enfermeiro necessita percorrer para a construção da SAE, também na APS (COFEN, 2009; Varela, Fernandes, 2013). Portanto, conhecer ferramentas de abordagem familiar, especialmente as recomendadas para a atenção às condições crônicas de saúde no trabalho na APS, pode auxiliar o enfermeiro na construção da SAE ao oferecer meios para potencializar todas as etapas do PE que compõe a SAE. Especialmente nas etapas de coleta de dados, diagnóstico e avaliação dos resultados obtidos com a implementação da assistência proposta, as ferramentas de abordagem familiar podem imprimir uma forma mais organizada para acompanhar a prática do enfermeiro na APS, desde que adequadas à realidade das famílias nos territórios. Para Hanson (2005), não há uma única teoria ou estrutura conceitual na ciência social da família, na terapia familiar ou nas teorias de enfermagem que descreva a dinâmica da vida familiar, por isso uma integração de teorias permite que os enfermeiros vejam a família a partir de uma pluralidade de perspectivas aumentando as possibilidades de intervenções para a implementação na atenção à saúde da família. A teoria formadora das ferramentas analisadas é a sistêmica, com as variações, adaptações e atualizações pelas quais passou conforme a dinamicidade histórica e cultural da sociedade norte-americana a cada época, já que provém, preponderantemente, daquele país.

A ferramenta PRACTICE pressupõe uma família estruturada de forma hierárquica, nuclear tradicional, o que limita, em grande medida, sua aplicação na ESF, devido aos diversos arranjos familiares encontrados no território. O *Family FIRO* é indicado para uso em terapia familiar por profissional capacitado e habilitado para tal. O enfermeiro da equipe de ESF tem capacitações para o trabalho na ESF; a maioria cursou pós-graduação em Saúde da Família, Saúde Coletiva ou Saúde Pública (Galavote et al., 2016; Lima et al., 2016; Oliveira, Marcon, 2007; Oliveira et al., 2016). Entretanto, estes cursos, não capacitam, e tampouco habilitam o enfermeiro de ESF para a terapia familiar, o que dificulta a adoção do FIRO em todo seu potencial. Ademais, a SAE propõe-se a sustentar a gestão e o cuidado de enfermagem, não a terapia familiar, assim, não parece indicado incluir o *Family FIRO* em alguma etapa da SAE.

Por ser uma ferramenta que em sua proposição considera os diversos arranjos familiares atendidos na Medicina de Família e propicia um índice para aquilatar como os membros

avaliam o funcionamento familiar, identificando os recursos familiares disponíveis, indica-se o uso da ferramenta APGAR de família durante a construção da SAE. O uso desta ferramenta pode recolher informações importantes para subsidiar as etapas da SAE (coleta de dados, diagnóstico, planejamento, intervenção e avaliação). Na coleta de dados da SAE, o uso do APGAR de família permite medir, qualitativamente, a satisfação do paciente, ou de outros membros familiares que vierem a responder ao teste, quanto aos componentes da função familiar. Na etapa do diagnóstico da SAE, os resultados da aplicação do APGAR permitem determinar o nível da função familiar, o que poderá, por sua vez, auxiliar na etapa da implementação, pois, ao se identificar o nível de disfunção também se identifica o membro familiar mais aberto, receptivo a colaborar ou mesmo a receber os cuidados da equipe de saúde. Na etapa de avaliação das implementações, a aplicação do teste pode auxiliar na percepção da melhora de algum componente ou área da função familiar que estavam mal avaliados, bem como o contrário, isto é, pode detectar a piora de alguma função que vinha sendo bem estimada. Sendo assim, nesta etapa, com o APGAR pode-se acompanhar as modificações quanto à satisfação ou insatisfação de algum membro da família.

Ademais, há também que se levar em conta que o APGAR de família, ao contrário das demais ferramentas, já conta com a validação, adaptação transcultural e tradução para a língua portuguesa.

A apropriação do uso de ferramentas de abordagem familiar pode facilitar a construção da SAE para a família no contexto da assistência na ESF e, assim, contribuir para que se corrija um equívoco bastante comum no âmbito da enfermagem. Segundo Oliveira e Marcon (2007), os enfermeiros de ESF, muitas vezes, acreditam que estão realizando o cuidado à família quando, na verdade, seu processo de trabalho está centrado no indivíduo, confundindo-se a assistência ao indivíduo dentro do contexto familiar ou a somatória da atenção prestada a cada membro da família com uma assistência à saúde da família, como se esta tivesse sido tomada como unidade do cuidado.

Resta incluir nesta discussão as ferramentas do genograma e ecomapa que, pelas possibilidades de uso com diferentes visões teóricas, foram tomadas como recursos gráficos para desenhar um quadro da família com suas relações intra e extrafamiliares e, neste sentido, defende-se que podem ser conjugadas com as demais ferramentas analisadas, especialmente o APGAR.

Nascimento et al. (2014) enfatizam que o uso do genograma e ecomapa são essenciais para retratar a estrutura familiar, estabelecer os vínculos e as interações intrafamiliares e com a

comunidade. Também afirmam que estes recursos são importantes para oferecer aos profissionais informações orientadoras da prática clínica, estruturar o planejamento das ações de saúde, promover a continuidade do cuidado e uma comunicação de boa qualidade entre profissional e família.

O uso do genograma e do ecomapa é bastante comum na ESF e, como recursos gráficos, esses materiais podem auxiliar o enfermeiro, especialmente na primeira etapa da SAE (coleta de dados), organizando e representando visualmente as informações coletadas. Sugere-se aliar ao genograma o APGAR, incluindo no primeiro a pontuação do segundo obtida junto a cada membro da família individualmente. Ao se aliar a função familiar avaliada através do APGAR de família à representação qualitativa das relações apresentadas no genograma, espera-se imprimir certa dinamicidade e movimento ao retrato familiar. Espera-se, também, que a avaliação familiar se enriqueça, tanto na consulta inicial quanto no acompanhamento da assistência de enfermagem prestada, com vistas a melhorar, ou ao menos manter, a funcionalidade familiar.

Considerando a atenção às condições crônicas na APS, isso seria feito a partir do paciente índice no momento do diagnóstico da condição e no acompanhamento do plano terapêutico traçado junto à família. Os dados coletados para avaliação familiar ganhariam mais clareza em sua organização, pois, por um lado, o APGAR informa a satisfação de cada membro da família quanto à funcionalidade familiar e, por outro, o genograma permite ver esta questão graficamente junto com as relações intrafamiliares. Ao se completar a avaliação com o ecomapa, tem-se a representação gráfica das relações entre a família e os dispositivos da comunidade, auxiliando o enfermeiro da ESF a identificar recursos, pontos fortes e de apoio disponíveis, acessíveis e/ou usados pela família na rede social que cada uma constrói.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho teve como objetivo propor possibilidades do uso de ferramentas de abordagem familiar para a enfermagem na ESF. Para isso, realizou-se uma *scooping review* dos documentos primários das ferramentas de abordagem familiar indicadas para a APS no cuidado às condições crônicas, ou seja, foi feita a revisão das publicações originais em que o(s) propositor(es) discorriam sobre as ferramentas. Estas são: PRACTICE, APGAR, FIRO, Genograma e Ecomapa.

Por se entender que as possibilidades e limites de uso relacionam-se ao arcabouço teórico que norteara a proposição das ferramentas, realizou-se uma análise das categorias concepção, função, relação e perspectivas de família a partir da leitura dos documentos primários identificados na revisão.

Para se discutir as possibilidades de uso das ferramentas na APS, tomou-se como eixo referencial o trabalho da enfermagem em saúde da família e a SAE preconizada na gestão do cuidado de enfermagem também na APS. Não se desconsiderou o fato de que a SAE ainda não é suficientemente usada pelos enfermeiros na APS, estando o cuidado prestado demasiadamente voltado para o indivíduo. Ao contrário, a partir deste reconhecimento, entendeu-se que a compreensão das possibilidades de uso das ferramentas de abordagem familiar poderia auxiliar na adoção destas de forma mais balizada e assim se poderia contribuir para a aplicação da SAE na APS e para a avaliação da família como efetiva unidade de cuidado, não só abordada como contexto da assistência. O genograma e o ecopamapa foram tomados apenas como recursos gráficos que poderiam ser aliados às demais ferramentas já que a forte ancoragem na teoria sistêmica de famílias da proposição inicial não impediu que estas fossem usadas com outros arcabouços teóricos, como reconhecido pelos próprios propositores. Ambos estão bastante difundidos, estudados e utilizados em diversas realidades, incluindo a ESF, o que aponta para as possibilidades de serem adotadas na construção da SAE para a família.

Para as demais ferramentas, PRACTICE, *Family* FIRO e APGAR, procedeu-se o estudo dos documentos primários para se identificar as categorias de análise propostas. Todas as ferramentas apoiam-se, de alguma maneira, na teoria sistêmica. A PRACTICE adota uma visão sistêmica mais rígida, com uma visão de família nuclear, hierarquizada e de matriz patriarcal, sendo este o limite mais importante para sua adoção na SAE pelo enfermeiro da equipe de ESF,

pois este tipo de família não corresponde à diversidade de arranjos familiares existentes nos territórios. Além disso, esta compreensão estruturada da família vê como defectivas as que não estão assim organizadas, reforçando a ideia de famílias desestruturadas que devem ser reconduzidas ao ideal. Esta compreensão parece mais dificultar do que aprimorar a assistência de enfermagem a famílias. O *Family FIRO* pauta-se por uma visão de família hierarquizada, organizada e que depende da correta organização para que as interações entre os membros sejam adequadas. É uma ferramenta indicada para ser utilizada por terapeutas familiares, sendo este o principal limite para sua adoção na SAE, já que não se exige para o enfermeiro da equipe da ESF esta qualificação, que está, no Brasil, mais afeita ao fazer específico de psicólogos.

A ferramenta APGAR de família diferencia-se das outras duas, pois ainda que tenha sido desenvolvida com base na teoria de sistemas, adotou uma concepção mais moderna desta e também uma visão mais ampla de família, que considera, claramente, a diversidade de arranjos familiares da atualidade na sua proposição, dando mais importância à funcionalidade do grupo que à sua organização e estruturação. Também é a única que está traduzida, validada e adaptada para o nosso idioma e cultura. E ainda cabe mencionar que seu proponente, diferentemente dos demais, era da área de Medicina de Família. Estas peculiaridades do APGAR tornam esta ferramenta indicada para ser usada pelo enfermeiro na ESF, podendo ser agregada na construção da SAE para a família.

A partir da revisão e discussão feitas neste estudo, é possível indicar aos enfermeiros da ESF que, na construção da SAE para a família, adotem rotineiramente o genograma e ecomapa, aliados ao APGAR de família, incluindo no genograma os valores dos índices de satisfação com a funcionalidade familiar de cada membro da família, a este deu-se o nome de genograma funcional. Com isso, as representações gráficas das relações intrafamiliares ganharão certa ponderação de como a sua qualidade está influenciando na avaliação do funcionamento e suporte familiar, podendo auxiliar o enfermeiro nas etapas de diagnóstico, implementação e avaliação da SAE.

O cuidado de enfermagem construído a partir de uma avaliação feita de forma sistematizada pode oferecer de maneira mais segura e com mais qualidade a promoção e a recuperação da saúde ao indivíduo, à família e à coletividade. A construção da SAE é o que norteia o cuidado de enfermagem em todos os níveis de atenção e, na APS, esta deve abarcar a família como uma unidade de cuidado. O cuidado às condições crônicas é uma realidade na prática do enfermeiro na ESF, e a SAE para a família, nesse contexto, é fundamental para a construção do cuidado, uma vez que tanto a pessoa que tem a doença crônica como a família

convivem com tal condição e precisam da assistência de enfermagem para a boa qualidade de vida. O uso do genograma, ecomapa e do APGAR de Família, o genograma funcional, tem amplas possibilidades de uso na APS podendo contribuir para a construção da SAE na ESF.

7 PRODUTO FINAL

7 PRODUTO FINAL

GENOGRAMA FUNCIONAL

O uso do genograma e do ecomapa é bastante comum na ESF e, como recursos gráficos, esses materiais podem auxiliar o enfermeiro, especialmente na primeira etapa da SAE (coleta de dados), organizando e representando visualmente as informações coletadas. Sugere-se aliar ao genograma ao APGAR (segundo Duarte, 2001), que se denomina genograma funcional, incluindo no primeiro a pontuação do segundo obtida junto a cada membro da família individualmente. Ao se aliar a função familiar avaliada através do APGAR de família à representação qualitativa das relações apresentadas no genograma, espera-se imprimir certa dinamicidade e movimento ao retrato familiar. Espera-se, também, que a avaliação familiar se enriqueça, tanto na consulta inicial quanto no acompanhamento da assistência de enfermagem prestada, com vistas a melhorar, ou ao menos manter, a funcionalidade familiar.

Considerando a atenção às condições crônicas na APS, isso seria feito a partir do paciente índice no momento do diagnóstico da condição e no acompanhamento do plano terapêutico traçado junto à família. Os dados coletados para avaliação familiar ganhariam mais clareza em sua organização, pois, por um lado, o APGAR informa a satisfação de cada membro da família quanto à funcionalidade familiar e, por outro, o genograma permite ver esta questão graficamente junto com as relações intrafamiliares. Ao se completar a avaliação com o ecomapa, tem-se a representação gráfica das relações entre a família e os dispositivos da comunidade, auxiliando o enfermeiro da ESF a identificar recursos, pontos fortes e de apoio disponíveis, acessíveis e/ou usados pela família na rede social que cada uma constrói.

O genograma é uma ferramenta clássica para coletar e utilizar dados da família em qualquer prática familiar. O genograma pode retratar o sistema familiar, levando o profissional e o paciente a compreenderem o impacto do sistema e sua relevância para o problema apresentado (Hartman, 1978). É uma ferramenta útil para coletar, registrar e exibir informações da família, a fim de praticar o cuidado orientado à família (Rohrbaugh, Rogers, McGoldrick, 1992).

Para criar um genograma é necessário traçar a estrutura familiar, registrar as informações sobre a família e delinear as relações familiares. A essência do genograma é

descrever graficamente como os diferentes membros da família estão ligados biológica, legal e historicamente entre si de uma geração a outra. Uma vez registrada a estrutura familiar, pode-se começar a registrar as informações sobre a família, em especial informação demográfica, informação sobre o funcionamento familiar e eventos familiares críticos (McGoldrick, Gerson, 2000).

Entre as informações demográficas, estão as idades, datas de nascimentos e mortes, ocupação e nível educacional. Quanto às informações funcionais, podem-se identificar os dados médicos, emocionais e de comportamento dos membros da família (informações como ausências no trabalho ou alcoolismo). Os eventos familiares críticos incluem transições importantes, migração ou mudanças de relacionamento (casamentos, divórcios, falecimentos). As anotações de eventos críticos podem ser incluídas fora do mapa, em notas de rodapé ou em uma folha separada (McGoldrick, Gerson, 2000).

Para delinear as relações familiares são necessárias informações coletadas na entrevista com membros da família e da própria observação direta do profissional. Utilizam-se símbolos (linhas) distintos para se referir aos diferentes tipos de relações entre os membros da família. No geral, o ponto focal do genograma é o paciente índice e os detalhes dos demais se mostram no genograma em relação a esta pessoa (McGoldrick, Gerson, 2000)

Assim como o genograma, o ecomapa é uma representação gráfica das relações entre as famílias e os dispositivos da comunidade, auxiliando os profissionais na avaliação dos apoios disponíveis e acessíveis à família (Nascimento, et al., 2014). Para a construção do ecomapa, a propositora indica desenhar o sistema nuclear ou agregado familiar em um círculo no centro do mapa, para então realizar as conexões com os vários sistemas traçando linhas. Para a propositora, não importa a forma como o ecomapa será utilizado, seu principal valor é o impacto visual e a capacidade de organizar e apresentar de forma simultânea informações sobre a família e os relacionamentos.

Alguns símbolos são utilizados, usualmente, para a representação do genograma, como mostra a Figura 1.

Figura 1 - Símbolos utilizados no genograma

Fonte: Brasil, 2013

Figura 2 - Símbolos utilizados para representação das relações

Fonte: Brasil, 2013

O APGAR É um questionário desenvolvido para avaliar cinco áreas, ou componentes, da função familiar, identificadas pelo acrônimo APGAR: Adaptabilidade (*Adaptability*), Parceria (*Partnership*), Crescimento (*Growth*), Afeto ou afeição (*Affection*) e Resolução (*Resolve*). O questionário de APGAR familiar é composto por cinco questões fechadas que buscam demonstrar a satisfação dos membros da família sobre a função familiar (Smilkstein, 1978). Foi proposto como um breve *screening*, agrupando alguns dados selecionados para refletir, principalmente, a visão do paciente sobre o estado funcional de sua família.

O questionário é tipo *screening* no qual a pontuação de cada item varia de 0 a 4 pontos. O escore da soma das cinco questões totaliza de 0 a 20, sendo que o resultado de 13 a 20 sugere uma função familiar alta; de 9 a 12 indica moderada disfunção familiar e de 0 a 8, uma severa disfunção familiar (Duarte, 2001).

Onde a opção Sempre = 4 pontos, Quase sempre = 3 pontos, Algumas vezes = 2 pontos, Raramente = 1 ponto, Nunca = 0 (Duarte, 2001).

Quadro 1 - Questionário APGAR Familiar

Questão	Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Raramente	Nunca
Estou satisfeito pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando					
Estou satisfeito com a maneira como minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas					
Estou satisfeito com a maneira como minha família aceita e apoia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções					
Estou satisfeito com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor					
Estou satisfeito com a maneira como minha família e eu compartilhamos o tempo juntos					

Fonte: Duarte, 2001

Por ser uma ferramenta que em sua proposição considera os diversos arranjos familiares atendidos na Medicina de Família e propicia um índice para aquilatar como os membros avaliam o funcionamento familiar, identificando os recursos familiares disponíveis, indica-se o uso da ferramenta APGAR de família durante a construção da SAE. O uso desta ferramenta pode recolher informações importantes para subsidiar as etapas da SAE (coleta de dados, diagnóstico, planejamento, intervenção e avaliação). Na coleta de dados da SAE, o uso do APGAR de família permite medir, qualitativamente, a satisfação do paciente, ou de outros membros familiares que vierem a responder ao teste, quanto aos componentes da função familiar. Na etapa do diagnóstico da SAE, os resultados da aplicação do APGAR permitem determinar o nível da função familiar, o que poderá, por sua vez, auxiliar na etapa da implementação, pois, ao se identificar o nível de disfunção também se identifica o membro familiar mais aberto, receptivo a colaborar ou mesmo a receber os cuidados da equipe de saúde. Na etapa de avaliação das implementações, a aplicação do teste pode auxiliar na percepção da melhora de algum componente ou área da função familiar que estavam mal avaliados, bem como o contrário, isto é, pode detectar a piora de alguma função que vinha sendo bem estimada. Sendo assim, nesta etapa, com o APGAR pode-se acompanhar as modificações quanto à satisfação ou insatisfação de algum membro da família.

Ademais, há também que se levar em conta que o APGAR de família, ao contrário das demais ferramentas, já conta com a validação, adaptação transcultural e tradução para a língua portuguesa.

O cuidado de enfermagem construído a partir de uma avaliação feita de forma sistematizada pode oferecer de maneira mais segura e com mais qualidade a promoção e a recuperação da saúde ao indivíduo, à família e à coletividade. A construção da SAE é o que norteia o cuidado de enfermagem em todos os níveis de atenção e, na APS, esta deve abarcar a família como uma unidade de cuidado. O cuidado às condições crônicas é uma realidade na prática do enfermeiro na ESF, e a SAE para a família, nesse contexto, é fundamental para a construção do cuidado, uma vez que tanto a pessoa que tem a doença crônica como a família convivem com tal condição e precisam da assistência de enfermagem para a boa qualidade de vida. O uso do genograma, ecomapa e do APGAR de Família tem amplas possibilidades de uso na APS podendo contribuir para a construção da SAE na ESF.

Exemplo do uso do genograma funcional

Família G., moradora da área rural adscrita da ESF, Itapeva/SP.

D. 34 anos, com diagnóstico recente de Hipertensão arterial, casado com A., 24 anos, puérpera (parto há 10 dias), portadora de Lúpus Eritematoso Sistêmico. O genograma da família G., mostra uma família nuclear formada por casal com dois filhos. Nota-se um relacionamento conflituoso, entretanto, entre o paciente índice D. com sua sogra D., nota-se também um rompimento de relacionamento entre D. com a mãe. Analisando o ecomapa, observa-se um relacionamento distante do casal com seus vizinhos, contudo um relacionamento estreito com a Igreja (Congregação Cristã). A filha mais velha do casal G. está em idade escolar, por isso o vínculo com a escola. A esposa A. tem relacionamento próximo com a unidade de saúde, porém D. possui relacionamento distante. De acordo com o valor do APGAR, para A. há uma severa disfunção familiar, porém para D. há uma moderada disfunção familiar. Na entrevista com o casal, nota-se uma divisão de papéis não clara, onde não há um compartilhamento das tarefas, A. sugere que há uma sobrecarga de funções, também percebe-se uma fragilidade de A. devido ao parto recente, e responsabilidade no cuidado do recém-nascido. A equipe de saúde deve buscar fortalecer esse compartilhamento de papéis, buscar os recursos familiares de fortalecimento, para que D. consiga apresentar um controle terapêutico adequado, bem como A. consiga sentir-se menos sobrecarregada.

Figura 3 - Genograma funcional da família G. elaborado com a ferramenta “Álbum de Família” disponível em: www.albumdefamilia.nescon.medicina.ufmg.br.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Alves JED, Cavenaghi SM, Barros LFW. A família DINC no Brasil: algumas características sócio-demográficas. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

Angelo M, Bousso RS. A enfermagem e o cuidado na saúde da família. In: Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Manual de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde; 2001a.

Angelo M, Bousso RS. Fundamentos da assistência à família em saúde. In: Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Manual de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde; 2001b.

Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol* [Internet]. 2005 [cited 2019 Jul 26]; 8(1):19-32. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1364557032000119616> DOI: 10.1080/1364557032000119616

Aromataris E, Munn Z, editors. Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. The Joanna Briggs Institute [Internet]; 2017. [cited 2019 Jul 26]. Available from: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>

Backes DS, Backes MS, Erdmann AL, Büscher A. O papel do profissional enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. *Cienc. Saúde Coletiva* [Internet]. 2012 [citado 2019 set. 4]; 17(1):223-30. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a24v17n1.pdf>

Barreto M, Crepaldi MA. Genograma no contexto do SUS e SUAS a partir de um estudo de caso. *Nova perspect sist.* [Internet]. 2017 [citado 2019 set. 08];26(58):74-85. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/nps/v26n58/n26a06.pdf>

Barrier D, Bybel M, Christie-Seely J, Whittaker Y. PRACTICE – a Family assessment tool for Family medicine. In: Christie-Seely J, editor. *Working with the Family in primary care: a systems approach to health and illness*. New York: Praeger; 1984, p. 214-234.

Borges CD, Costa MM, Faria JG. Genograma e atenção básica à saúde: em busca da integralidade. *Rev Psicol Saúde* [Internet]. 2015 Dez [citado 2019 Out 1];7(2):133-41. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v7n2/v7n2a07.pdf>

Bousso RS. A teoria dos sistemas familiares como referencial para pesquisas com famílias que experienciam a doença e a morte. *Rev Min Enferm.* 2008;12(2):257-61.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de atenção domiciliar*. v. 2. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. e-SUS Atenção Básica: manual do sistema com coletas de dados simplificadas - CDS (versão 1.3). Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

Carnut L, Faquim J. Conceito de família e a tipologia familiar: aspectos teóricos para o trabalho da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família. J Manag Prim Health Care [Internet]. 2014 [citado 2019 out. 1];5(1):62-70. Disponível em: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2017/10/4-CARNUT-Leonardo-FAQUIM-Juliana.pdf>

Carraro TE. Marco conceitual: subsídio para a assistência de enfermagem. Cogitare Enferm [Internet]. 1998; [citado 2019 jul 3];3(2):105-8. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/44357/26849>

Cecagno S, Souza MD, Jardim VMR. Compreendendo o contexto familiar no processo saúde-doença. Acta Scientiarum [Internet]. 2004; [citado 2019 out. 1];26(1):107-112. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/actascihealthsci.v26i1.1622>

Chapadeiro CA, Andrade HYSO, Araújo MRN. A família como foco da Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte: Nescon/ UFMG. 2011.

Colangelo N, Doherty WJ. The family FIRO model: the integration of group theory and family theory. J for Specialists in Group Work [Internet]. 1988 [cited 2019 Sep. 4];13(4): 194-9. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01933928808411876>

Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Resolução 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos, privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências [Internet]. [citado 2018 jun. 26]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html

Costa JC, Nitschke RG, Tholl AD, Henckemaier L, Michelin S, Martini JG. A promoção da saúde familiar no cotidiano da atenção primária: uma revisão integrativa. Rev Bras Promoç Saúde. 2016;29(Supl):156-63.

Costa LF. Notas sobre formas contemporâneas de vida familiar e seus impactos na educação dos filhos. In: Nascimento AD, Hetkowski TM, organizadores. Educação e contemporaneidade: pesquisas científicas e tecnológicas. Salvador: EDUFBA, 2009. p. 355-72.

Coutinho DH, Ferreira PM, Nascimento AAP. O genograma como instrumento de avaliação familiar: uma revisão integrativa. Cad Edu Saúde e Fis [Internet]. 2016 [citado 2019 ago. 5]; 3(6):20-28. Disponível em: http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioter/article/view/690/pdf_41

- Dessen MA. Estudando a família em desenvolvimento: desafios conceituais e teóricos. *Psicol cienc prof* [Internet]. 2010 [citado 2019 set. 15];30(spe):202-19. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v30nspe/v30speca10.pdf>
- Doherty WJ, Colangelo N. The family FIRO model: a modest proposal for organizing family treatment. *J Marital and Fam Therap* [Internet]. 1984 [cited 2019 Aug. 5];10(1):19-29. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1984.tb00562.x>
- Duarte YAO. Família: rede de suporte ou fator estressor. A ótica de idosos e cuidadores familiares. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2001.
- Faquinello P, Marcon SS, Waidmann MAP. A rede social como estratégia de apoio à saúde do hipertenso. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2011 [citado 209 set. 4];64(5):849-56. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a08v64n5.pdf>
- Fiorini MC, Guisso L. Teoria familiar sistêmica: retrospectiva histórica e perspectivas atuais. *Psicologia.pt o portal dos psicólogos* [internet]. 2016 [citado 2018 set. 4]. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1009.pdf>
- Galavote HS, Zandonade E, Garcia ACP, Freitas PSS, Seidl H, Contarato PC, et al. O trabalho do enfermeiro da Atenção Primária a Saúde. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2016 [citado 2019 mar. 3]; 20(1):90-98. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0090.pdf>
- Gomes LB, Bolze SDA, Bueno RK, Crepaldi MA. As origens do pensamento sistêmico: das partes para o todo. *Pensando Famílias* [Internet]. 2014 [citado 2019 out. 1]; 18(2):3-16. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v18n2/v18n2a02.pdf>
- Hanson SMH. Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação. Loures/Portugal: Lusociência, 2005.
- Hartman A. Diagrammatic assessment of family relationships. *Social Casework*. 1978; 59(8).
- Hartman A. Families in theory and practice. In: Abstracts of National symposium on doctoral research and social work practice; 1986 abril 14-15; Columbus, Ohio. Columbus, Ohio: College of Social Work, The Ohio State University; 1986, p. 8-25.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. [Internet]. Estatísticas de gêneros; 2010. [citado 2018 jun. 26]. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/notas_metodologicas.html.
- Kaakinen JR, Gedaly-Duff V, Coehlo DP, Hanson SMH, editors. Family health care nursing: theory, practice and research. 4 ed. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2010.
- Kaakinen JR, Webb JF. Working with families in the community for healthy outcomes. In: Stanhope M, Lancaster J. Public Health Nursing: Population-centered Health Care in the Community. 9 ed. Saint Louis: Elsevier; 2015. p. 594-620.

Lima EFA, Souza AI, Primo CC, Leite FMC, Souza MHN, Maciel EEN. Perfil socioprofissional de trabalhadores de equipe de saúde da família. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2016 [citado 2019 set. 19]; 24(1):E9405. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v24n1/v24n1a19.pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.9405>

Martinez MF. Transformações da família ao longo dos tempos e suas implicações à clínica psicológica: uma reflexão [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2015.

McGoldrick M, Gerson R. *Genogramas em la evaluacion familiar*. Barcelona: Gedisa; 2000.

Mendes EV. O cuidado nas condições crônicas na atenção primária a saúde: o imperativo da consolidação da estratégia de saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2012.

Munn Z, Peters MDJ, Stern C, Tufanaru C, McArthur A, Aromataris E. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Med Res Methodol* [Internet]. 2018[cited 2019 Ago 16]; 18(143): Available from: <https://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12874-018-0611-x>

Nascimento LC, Dantas IRO, Andrade RD, Mello DF. Genograma e ecomapa: contribuições da enfermagem brasileira. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2014 [citado 2019 Sep 4]; 23(1):211-20. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00211.pdf

Oliveira MPR, Menezes IHCF, Souza LM, Peixoto MRG. Formação e qualificação de profissionais de saúde: fatores associados a qualidade da Atenção Primária. *Rev Bras Educ Medica* [Internet]. 2016; [citado 2019 out. 1] 40(4):547-559. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v40n4/1981-5271-rbem-40-4-0547.pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e02492014>

Oliveira RG, Marcon SS. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringa-Paraná. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2007; [citado 2019 set. 4]; 41(1):65-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a08.pdf>

Osório LC. *Casais e famílias: uma visão contemporânea*. Porto Alegre: Artmed; 2002.

Peters MD, Godfrey CM, Khalil H, McInerney P, Parker D, Soares CB. Guidance for conducting systematic scoping reviews *Int J Evid Based Healthc* [Internet]. 2015 [cited 2019 Sep 4];13(3):141-6. Available from: DOI: 10.1097/XEB.0000000000000050

Pizzi MLG. Conceituação de famílias e seus diferentes arranjos. *Ensino de Sociologia em Debate*. 2012;1(1):1-9.

- Ponciano ELT, Feres-Carneiro T. Modelos de família e intervenção terapêutica. *Interações* [Internet]. 2003 [citado 2019 set.4]; 8(16):57-80. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/inter/v8n16/v8n16a04.pdf>
- Prata EMM, Santos MA. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. *Psicologia em estudo* [Internet]. 2007 [citado 2019 set. 4];12(2):247-56. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v12n2/v12n2a05>
- Prates ML, Machado JC, Silva LS, Avelar PS, Prates LL, Mendonça ET, et al. Desempenho da atenção primária à saúde segundo instrumento PCATool: uma revisão sistemática. *Cienc. Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 [citado 2019 set. 4]; 22(6):1881-93. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/1413-8123-csc-22-06-1881.pdf>
- Rohrbaugh M, Rogers JC, McGoldrick M. How do experts read family genograms? *Fam Syst Med* [Internet]. 1992 [cited 2019 Aug 5];10(1):79-89. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/1992-39238-001> DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/h0089325>
- Samara EM. O que mudou na família brasileira?: Da colônia à atualidade. *Psicol USP*. 2002; 13(2):27-48.
- Santos IMF, Fontes NCF, Silva RS, Brito SSJ, organizadores. *SAE – Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático*. Salvador: COREN – BA; 2016.
- Sarti C. O lugar da família no Programa Saúde da Família. In: Trad LAB, organizador. *Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010, p. 91-132.
- Schaber PL. FIRO model: a framework for family-centered care. *Phys Occup Ther Geriatr* [Internet]. 2002 [cited 2019 Sep. 4]; 20(3):1-18. Disponível em: https://doi.org/10.1080/J148v20n03_01
- Schutz WC. *FIRO a three dimensional theory of interpersonal behavior. The interpersonal underworld*. Palo Alto: Science & Behavior Book, Inc; 1958.
- Silva MCLSR, Silva L, Bousso RS. A abordagem à família na Estratégia de Saúde da Família: uma revisão integrativa de literatura. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]; 2011;45(5):1250-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a31.pdf>
- Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. *J Fam Pract*. 1982;15(2):303-11.
- Smilkstein G. The Family APGAR: a proposal for a Family function test and its use by physicians. *J Fam Pract*. 1978;6(6):1231-9.
- Stabler R. Investigating family context: an exploratory study to research how therapists use genograms as a therapeutic tool with individuals in one-to-one therapy. [Ph. D. thesis]. London: Metanoia Institute, Middlesex University; 2013.

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

Teruya MT. A família na historiografia brasileira: bases e perspectivas teóricas. In: Anais do XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 2000. ABEP: 2000.

Trad LAB. A família e suas mutações: subsídios ao campo da saúde. In: Trad LAB, organizador. Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010, p. 27-50.

University of Toronto libraries. Systematic & Scoping Reviews: Methodology Behind the Search Strategies. 2019 [internet] [cited 2019 Aug 16]. Available from: <https://guides.library.utoronto.ca/c.php?g=588615&p=4310109>

Varela GC, Fernandes SCA, Queiroz JC, Vieira AN, Azevedo VRC. Sistematização da assistência de enfermagem na estratégia de saúde da família: limites e possibilidades. Rev Rene [Internet]. 2012 [citado 2019 ago. 5];13(4):816-24. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4039/3169>

Varela GC, Fernandes SCA. Conhecimentos e práticas sobre a sistematização da assistência de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família. Cogitare Enferm [Internet]. 2013; [citado 2019 jan. 3];18(1):124-30. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/31317/20024>

Wendt NC, Crepaldi MA. A utilização do genograma como instrumento de coleta de dados na pesquisa qualitativa. Psicologia: reflexão e crítica [Internet]. 2008[citado 2019 out. 1]; 21(2): 302-310. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v21n2/a16v21n2.pdf>

Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenção na família. 5. ed. São Paulo: Roca; 2012.