



A família como foco da atenção básica à saúde

Cibele Alves Chapadeiro
Helga Yuri Silva Okano Andrade
Maria Rizoneide Negreiros de Araújo

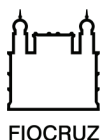
NESCON
núcleo de educação em saúde coletiva
FACULDADE DE MEDICINA - UFMG



UFMG



UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS



SGTES



MINISTÉRIO
DA SAÚDE

MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO



A família como foco da atenção básica à saúde

Cibele Alves Chapadeiro

Helga Yuri Silva Okano Andrade

Maria Rizoneide Negreiros de Araújo

2ª edição

Belo Horizonte

NESCON - UFMG

2017

A reprodução total ou parcial do conteúdo desta publicação é permitida desde que seja citada a fonte e a finalidade não seja comercial. Os créditos deverão ser atribuídos aos respectivos autores.

Licença Creative Commons License Deed

Atribuição-Uso Não-Comercial Compartilhamento pela mesma Licença 2.5 Brasil

Você pode: copiar, distribuir, exibir e executar a obra; criar obras derivadas.

Sob as seguintes condições: atribuição - você deve dar crédito ao autor original, da forma especificada pelo autor ou licenciante; uso não comercial - você não pode utilizar esta obra com finalidades comerciais; compartilhamento pela mesma licença: se você alterar, transformar, ou criar outra obra com base nesta, você somente poderá distribuir a obra resultante sob uma licença idêntica a esta. Para cada novo uso ou distribuição, você deve deixar claro para outros os termos da licença desta obra. Qualquer uma destas condições pode ser renunciada, desde que você obtenha permissão do autor. Nada nesta licença restringe os direitos morais do autor.

Creative Commons License Deed - <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.pt>.

ATUALIZE-SE

Novos protocolos editados por autoridades sanitárias, pesquisas e experiências clínicas indicam que atualizações e revisões nas condutas clínicas são necessárias. Os autores e os editores desse curso fundamentaram-se em fontes seguras no sentido de apresentar evidências científicas atualizadas para o momento dessa publicação. Leitores são, desde já, convidados à atualização. Essas recomendações são especialmente importantes para medicamentos e protocolos de atenção à saúde.

C462f

Chapadeiro, Cibele Alves

A família como foco da atenção primária à saúde / Cibele Alves Chapadeiro, Helga Yuri Silva Okano Andrade e Maria Rizoneide Negreiros de Araújo. -- Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2012.
83p. : il., 22x27cm.

Público a que se destina: Profissionais da saúde ligados à estratégia de Saúde da Família.

1. Família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Políticas públicas. I. Andrade, Helga Yuri Silva Okano. II. Araújo, Maria Rizoneide Negreiros de. III. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/UFMG (Nescon). IV. Título.

NLM: WA 308

CDU: 613.9-055

CRÉDITOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG)

Reitor: Jaime Arturo Ramírez;

Vice-Reitora: Sandra Regina Goulart Almeida;

Pró-Reitoria de Pós-Graduação: Denise Maria Trombert de Oliveira;

Pró-Reitoria de Extensão: Benigna Maria de Oliveira.

Diretor de Educação a Distância: Wagner José Corradi Barbosa;

Coordenador da Universidade Aberta do Brasil na UFMG (EAD-UFMG): Eucídio Pimenta Arruda;

Coordenador Universidade Aberta do SUS na UFMG: Edison José Corrêa.

Diretor da Faculdade de Medicina: Tarcizo Afonso Nunes;

Vice-diretor: Humberto José Alves; **Coordenador Geral do Centro de Tecnologia Educacional em Saúde da Faculdade de Medicina da UFMG:** Cláudio de Souza;

Vice-Coordenação: Alaneir de Fátima dos Santos;

Diretor do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva: Francisco Eduardo de Campos;

Vice-diretor: Edison José Corrêa;

Coordenação técnico-científica: Raphael Augusto de Teixeira Aguiar;

Coordenação Administrativo-Financeira: Mariana Lélis;

Coordenadora de Design Educacional (DE): Sara Shirley Belo Lança;

Gerente de Tecnologia da Informação (TI): Gustavo Storck;
Gestora Acadêmica: Roberta de Paula Santos.

CURSO A FAMÍLIA COMO FOCO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE:

Autoras: Cibele Alves Chapadeiro, Helga Yuri Silva Okano Andrade, Maria Rizeide Negreiros de Araújo

Coordenação Técnico-Científica: Maria Rizeide Negreiros de Araújo

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ministro da Saúde: Ricardo Barros;

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES): Rogério Luiz Zeraik Abdalla; **Secretária de Atenção à Saúde (SAS):** Francisco Figueiredo;

Secretário Executivo da Universidade Aberta do SUS: Francisco Eduardo de Campos.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

Ministro da Educação:

José Mendonça Bezerra Filho;

Secretário de Educação Superior (SESu):

Paulo Barone.

PRODUÇÃO NESCON

Desenvolvimento Web e Administração Moodle: Bruno Carneiro Saliba, Daniel Lopes Miranda Junior, Leonardo Pereira de Freitas, Priscila Lima.

Apoio Técnico: Leonardo Aquim de Queiroz, Michel Bruno Pereira Guimarães.

Designer educacional: Angela Moreira.

Ilustrador: Bruno de Moraes Oliveira

Web design: Luisa Cassini Produção

Audiovisual: Edgar Paiva

Diagramação: Clarice Passos

Secretaria editorial / Núcleo de Educação em Saúde Coletiva – NESCON / UNASUS/UFMG:

(www.nescon.medicina.ufmg.br)

Faculdade de Medicina /Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG Av. Alfredo Balena, 190 - 7 andar CEP 30.130-100

Belo Horizonte - MG - Brasil

Tel.: (55 31) 3409-9673. Fax: (55 31) 3409-9675

E-mail: unasusufmg@nescon.medicina.ufmg.br

Sumário

Apresentação das autoras	7
Apresentação	8
Unidade 1 A família como foco das políticas públicas	10
Unidade 2 A família como organização social	17
Seção 1 - A invenção da família	19
Seção 2 - Configurações familiares	22
Seção 3 - Conceito de família	25
Seção 4 - Conhecendo as famílias	27
Unidade 3 Estágios no ciclo de vida	38
Seção 1 – Mudanças, adaptações e estágios do ciclo de vida	40
Seção 2 – Ações de acordo com o ciclo de vida	49
Unidade 4 Ferramentas de abordagem familiar	55
Seção 1 - Genograma	57
Seção 2 - Ecomapa	61
Seção 3 - Outras (FIRO, PRACTICE, APGAR, Conferência Familiar)	64
Unidade 5 Para se trabalhar com famílias	70
Seção 1 - Etapas de intervenção no trabalho com famílias	72
Seção 2 - Família e contextos de vulnerabilidade	74
Considerações finais	79
Referências	81

Apresentação das autoras

Cibele Alves Chapadeiro

Psicóloga, professora do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Doutora em Psicologia pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (SP). Supervisora do Internato de Medicina Geral e Comunitária do Curso de Medicina da UFTM. Tutora do Programa de Educação pelo Trabalho - Saúde (PET-MS) (2010 a 2013) e do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família - CEABSF (2008-2012).

Helga Yuri Silva Okano Andrade

Psicóloga, professora do curso de psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Mestre pela Portsmouth University – Inglaterra no tema Família. Professora Assistente da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Especialista em Saúde Mental e Docência Universitária. Psicóloga da Vara da Infância e da Juventude de Uberaba-MG.

Maria Rizoneide Negreiros de Araújo

Enfermeira, professora emérita da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (SP). Gerente da Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais de 1999 a 2008. Coordenação do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família/Programa Ágora/UFGM.

Colaboradores

Adélia Delfina da Motta Silva Correia
Ana Lúcia Gomes da Silva Gastaud
André Luiz da Motta Silva
Daniel Estevão de Miranda
Jacinta de Fátima Franco Pereira Machado
Leika Aparecida Ishiyama Geniole
Palmira de Fátima Bonolo

Apresentação

A família como foco da atenção básica à saúde

Esse curso foi produzido, inicialmente, como uma das disciplinas optativas do Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais. Nessa segunda edição, mantém essa característica, mas passa a ser, também, oferecido como curso autoinstrucional, em duas modalidades: para visitantes e com avaliação final, no modelo de prova online, com resposta ao item, e visualização final da prova realizada pelo aluno, visão da prova corrigida, percentual de acerto e comentário formativo.

A produção deste material foi realizada de forma compartilhada entre quatro instituições – a Universidade Federal de Minas Gerais, a Universidade Federal do Triângulo Mineiro, a Universidade Federal do Mato Grosso do Sul e a Fundação Osvaldo Cruz – FIOCRUZ Pantanal. Os autores, ligados diretamente às instituições de educação superior ou ao serviço de saúde, trazem suas experiências profissionais e docentes de modo a fazer deste caderno de estudo uma segura orientação para a prática das equipes de Saúde da Família.

Abordar a questão família como centro da Atenção Primária à Saúde é uma situação prioritária, especialmente se a colocamos na estratégia de reorganização do sistema de saúde. É necessário, também, conhecer as configurações dessa família, seus arranjos, seus contextos, seu processo social de trabalho e vivência, sua cultura de características bem peculiares, nesse nosso tempo de diversidade e de transição demográfica e epidemiológica. Enfim, compreender a família como unidade de produção social.

Este curso inicia com a abordagem das políticas públicas na área, seguindo-se a história, configurações, conceito, funções e os estágios no ciclo de vida da família. Atendendo à expectativa mais direta dos leitores – profissionais de saúde ligados às equipes de Saúde da Família, são apresentadas as ferramentas de abordagem familiar, em especial o genograma e ecomapa.

O aplicativo Álbum de Família, também disponibilizado neste curso, permite, em português e em linguagem digital, a construção de genogramas, em produto livre, disponível em: www.nescon.medicina.ufmg.br/genograma

O curso aborda, ainda, três aspectos ligados à atuação com as famílias: as etapas de intervenção no trabalho com famílias, a família e seus contextos de vulnerabilidade e a doença crônica e a família.

O curso está dividido em cinco unidades que se articulam para sequenciar a distribuição do conteúdo, dentro de um raciocínio lógico para o seu processo de aprendizagem.

Para tanto, pretende-se que ao final do curso você seja capaz de:

- Compreender a família como um grupo social e as políticas públicas a ela dirigidas.
- Compreender os diferentes padrões e dinâmicas familiares na sociedade.
- Utilizar as principais ferramentas de abordagem familiar.
- Realizar intervenções com as famílias, no seu trabalho em equipe.

Unidade 1

A família como foco das políticas públicas

Unidade 1

A família como foco das políticas públicas

Nesta unidade, abordaremos a família como foco das políticas públicas, a legislação que trata da família e as mudanças, em sua estrutura e funcionamento, intermediados pelas intervenções sociais. Para tanto, almeja-se que ao término desta unidade você seja capaz de:

- Compreender a inserção da família nas políticas públicas e sociais.
- Conhecer os programas sociais voltados para a família.

Na década de 80 ganhou notoriedade a inserção da família nas políticas públicas e de saúde, em função dos interesses do Estado, da sociedade civil e de organismos internacionais. No Brasil, as igrejas anteciparam suas intervenções às do Estado. São exemplos: o trabalho da Sociedade São Vicente de Paula, do Movimento Familiar Cristão e da Pastoral da Criança (RIBEIRO, 2004).

A Carta Magna brasileira traz, no seu arcabouço, significativo avanço na área social, pela introdução de regras, direitos e deveres que eram, anteriormente, simples anseio dos movimentos sociais não hegemônicos.

PARA SABER MAIS...

Como profissional da área da saúde é essencial que você seja um conhecedor dos conceitos e discussões contemporâneas acerca do tema FAMÍLIA. Para tanto, recomendamos a leitura do texto “A Família na Constituição Federal de 1988 - Uma Instituição plural e atenta aos direitos de personalidade” (MENEZES, 2008), disponível na Biblioteca Virtual deste curso. Boa leitura para você!

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado.

§ 1º. O casamento é civil e gratuita a celebração.

§ 2º. O casamento religioso tem efeito civil, nos termos da lei.

§ 3º. Para efeito da proteção do Estado, é reconhecida a união estável entre o homem e a mulher como entidade familiar, devendo a lei facilitar sua conversão em casamento.

§ 4º. Entende-se, também, como entidade familiar a comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes.

§ 5º. Os direitos e deveres referentes à sociedade conjugal são exercidos igualmente pelo homem e pela mulher.

§ 6º. O casamento civil pode ser dissolvido pelo divórcio, após prévia separação judicial por mais de um ano, nos casos expressos em lei, ou comprovada separação de fato por mais de dois anos.

§ 7º. Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

§ 8º. O Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações (BRASIL, 1988).

Pode-se caracterizar política pública como um conjunto de diretrizes e referenciais ético-legais adotados pelo Estado para o enfrentamento de problemas que a sociedade lhe apresenta. Política pública, portanto, é a resposta do Estado à necessidade vivida ou manifestada pela sociedade. Sintetizando: as políticas públicas são gestadas e implementadas pelo Estado, para o enfrentamento de problemas sociais, entre eles os relacionados à saúde.

POLÍTICA SOCIAL

É aquela que busca reduzir as desigualdades sociais, por isso ela deve ser preventiva para ir às raízes do problema (DEMO, 2000).

Vamos pensar como a família vem sendo considerada na criação e aplicação das políticas públicas e como ela se tornou o foco das políticas de saúde atuais no Brasil. Desde o pós-guerra de 1944, nos países capitalistas, a oferta de bens e serviços pelo Estado pareceu descartar a família, privilegiando o indivíduo-cidadão. A informação, o consumo e a urbanização fortaleceram o “indivíduo com direitos”. Apostava-se que a família seria prescindível, substituível por um Estado protetor. Nas últimas décadas, a família voltou a ser pensada como corresponsável pelo desenvolvimento dos cidadãos.

O *boom* econômico dos anos 1960 e 1970, a carência de mão-de-obra, a emergência do movimento feminista, a liberação sexual, juntamente com o desejo e a possibilidade de controlar o tamanho da família, levou o foco para a mulher e a família. Os movimentos sociais que se seguiram eram compostos, em sua maioria, de mulheres.

A família e o estado são instituições que levam ao bom funcionamento das sociedades capitalistas. Os indivíduos precisam consumir serviços que o mercado não pode oferecer alguns promovidos pelo Estado e outros que a família fornece – afeto, socialização, apoio mútuo e proteção. A solidariedade familiar e o serviço coletivo funcionam em complementaridade e não podem substituir-se um ao outro (ACOSTA e VITALE, 2005). Assim, as políticas de saúde e de assistência social têm introduzido serviços voltados para a família e a comunidade. Hoje, fala-se mais em internação domiciliar, equipe de Saúde da Família, cuidador domiciliar, centros de convivência, etc.

Também as políticas de combate à pobreza elegeram a família e a comunidade como parceiras. Os programas de renda mínima buscam garantir, ao grupo familiar, recursos suficientes para a alimentação básica e a manutenção dos filhos na escola. As políticas de habitação também elegeram a família como coparticipante na melhoria habitacional.

Pensa-se a família também como condição de inclusão social. Se o indivíduo possui trabalho e vínculos sociofamiliares, encontra-se potencialmente incluído nas redes de integração e pertencimento social. Na falta de um ou outro, pode ficar em vulnerabilidade.

A EXPECTATIVA DE VIDA AO NASCER NO BRASIL SUBIU PARA

75,2 ANOS EM 2014

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para as mulheres, a expectativa de vida para nascidas em 2014 era de 78,8 anos. Já para os homens era mais baixa, de 71,6 anos. Com isso, a diferença de expectativa entre os sexos caiu para 7,2 anos – em 2013, era de 7,4 anos. Os nascidos em Santa Catarina têm a maior expectativa de vida, de 78,4 anos. Santa Catarina também apresentou a maior esperança de vida para os homens (75,1 anos) e para as mulheres (81,8 anos). No outro extremo está o estado do Maranhão, com uma esperança de vida ao nascer para ambos os sexos de 70,0 anos. Para os homens, a menor esperança de vida estava em Alagoas (66,2 anos), e para as mulheres, em Roraima (73,7 anos). Assim, Alagoas apresentou a maior diferença entre as expectativas de vida de homens e mulheres (9,5 anos a mais para as mulheres), e a menor diferença foi observada em Roraima (5,3 anos a mais para as mulheres).

Uma síntese das condições de vida das famílias brasileiras aponta que, em 2012, 6,4% dos arranjos familiares tinham rendimento familiar *per capita* de até $\frac{1}{4}$ de salário mínimo, e 14,6% tinham mais de $\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{2}$ salário mínimo per capita. Nos domicílios urbanos, 29,7% não tinham acesso simultâneo aos serviços básicos de saneamento e iluminação (abastecimento de água, esgotamento sanitário, coleta de lixo e iluminação elétrica). Deles, 93,5% não tinham esgotamento sanitário. Para cada 100 municípios com acesso simultâneo aos quatro serviços investigados, havia 42 outros sem acesso a um ou mais serviço. Na região Norte, em Rondônia,

essa razão foi de 10,4 (para cada domicílio com serviço havia 10,4 sem serviço) e no Amapá este valor foi de 18,8. O Piauí, na região Nordeste, teve uma razão de 20,5 (Brasil, 2013).

A relevância desse dado se dá pelo fato de que boa parte dos óbitos infantis tem causas relacionadas à falta de saneamento básico, como, por exemplo, a diarreia. Embora persista o desafio regional, o Brasil reduziu a taxa de mortalidade na infância (até cinco anos) de 53,7 óbitos por mil nascidos vivos em 1990 para 18,6 em 2010. Em menores de um ano, a taxa caiu de 47,1 para 16,0 (Brasil, 2012). O saneamento ambiental, como, por exemplo, o abastecimento regular de água nas periferias das cidades e a proteção da água para consumo são essenciais para a eliminação de criadouros do *Aedes aegypti* e no combate a doenças como Zika, dengue e chikungunya.

É consenso que a situação de vulnerabilidade em que se encontram as famílias brasileiras está diretamente associada às condições de pobreza a que estão expostas. Por essa razão, demandam políticas públicas e programas próprios que atendam a essas especificidades (GOMES; PEREIRA, 2005, IPEA, 2013).

As desigualdades sociais, acrescidas de outros componentes estruturais determinados pela sociedade contemporânea, levam as famílias a buscarem novas maneiras de viver dentro das linhas de exclusão. Essas são estratégias de sobrevivência, em que se inclui grande parcela da população brasileira.

Os aspectos significativos que não podem ser negligenciados, quando se pretende compor o retrato da situação social das famílias brasileiras, são aqueles ligados a educação, saneamento básico, condições de moradia, trabalho, renda familiar, lazer e acesso aos serviços de saúde. Todos esses aspectos não se apresentam com muita nitidez nas estatísticas, dada a precariedade dos dados que alimentam os sistemas de informação em saúde e pelo fato de os indicadores de avaliação de saúde sempre se ancorarem no evento “doença”.

Não resta dúvida de que as regras estão postas, mas a universalidade das mesmas é que, ainda, precisa ser entendida e incorporada nos serviços de saúde como um direito de cidadania.

A Política Nacional de Atenção Básica de Saúde do Ministério da Saúde, republicada em 2011, reafirma a família como sujeito do processo de cuidado e define o domicílio como o contexto social em que se constroem as relações intra e extrafamiliares e se efetiva a luta pela sobrevivência e pelas condições de vida (BRASIL, 2011).

As famílias ocupam espaços diferenciados em sua luta pela sobrevivência e pela reprodução da vida [...] estabelecem relações de convivência, conflituosas ou não, trocam experiências, acumulam saberes, habilidades, hábitos e costumes, produzindo e reproduzindo concepções e cultura (BASTOS e TRAD, 1998, p.107).

As famílias, diante de problemas de saúde, articulam mecanismos próprios de enfrentamento, baseados nas suas crenças e valores culturalmente instalados, assim como na oferta e disponibilização de recursos sanitários.

Neste sentido, tanto o governo federal como os estaduais e municipais buscam, pelos seus projetos da linha social, fazer a inclusão social de famílias, especialmente as que estão em situação de vulnerabilidade.

PROJETOS SOCIAIS SÃO...

[...] iniciativas empreendidas no âmbito de um território, por setores da sociedade civil organizada, de forma estruturada, com variados graus de formalização e institucionalização, com período de tempo de execução delimitado, que buscam o desenvolvimento social e a melhoria da qualidade de vida de uma parcela ou do conjunto de habitantes (OLIVEIRA e CAMPOS, 2009, p.25).

O acesso aos benefícios das políticas sociais pode se dar pelos mecanismos de articulação e prontidão que o gestor municipal utiliza para inserção dos seus munícipes nessas estratégias de melhoria da qualidade de vida, atento sempre ao princípio de equidade. Têm-se, por exemplo, ações que buscam resgatar a cidadania das famílias, em diferentes municípios em situação de vulnerabilidade, demarcadas pelos indicadores sociais: Programa Bolsa Família, Programa Erradicação do Trabalho Infantil, Programa Poupança Jovem, entre outros. Na área da saúde, a maior política pública de inclusão social é a Estratégia Saúde da Família. No Quadro 1 descrevem-se de forma sucinta alguns programas sociais da esfera federal.

Quadro 1 - Programas sociais do governo federal brasileiro voltado para as famílias em situação de vulnerabilidade

Programas	Condicionalidades
Programa Bolsa Família (PBF) – Governo Federal	Contribui para o combate à pobreza e à desigualdade no Brasil. Ele foi criado em outubro de 2003 e possui três eixos principais: i. Complemento da renda — todos os meses, as famílias atendidas pelo Programa recebem um benefício em dinheiro, que é transferido diretamente pelo governo federal. Esse eixo garante o alívio mais imediato da pobreza. ii. Acesso a direitos — as famílias devem cumprir alguns compromissos (condicionalidades), que têm como objetivo reforçar o acesso à educação, à saúde e à assistência social. Esse eixo oferece condições para as futuras gerações quebrarem o ciclo da pobreza, graças a melhores oportunidades de inclusão social. As condicionalidades não têm uma lógica de punição; e, sim, de garantia de que direitos sociais básicos cheguem à população em situação de pobreza e extrema pobreza. iii. Articulação com outras ações — o Bolsa Família tem capacidade de integrar e articular várias políticas sociais a fim de estimular o desenvolvimento das famílias.
Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) – Governo Federal	Objetiva contribuir para a erradicação de todas as formas de trabalho infantil no país, atendendo famílias cujas crianças e adolescentes com idade inferior a 16 anos se encontrem em situação de trabalho, exceto na condição de aprendiz a partir de 14 anos. O Programa, além de assegurar transferência direta de renda às famílias, oferece a inclusão das crianças e dos jovens em serviços de orientação e acompanhamento. A frequência à escola também é exigida. O PETI compõe o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) com duas ações articuladas – o Serviço Socioeducativo ofertado para as crianças e adolescentes afastadas do trabalho precoce e a Transferência de Renda para suas famílias, além de prever ações socioassistenciais com foco na família, potencializando sua função protetiva e os vínculos familiares e comunitários.
Outros programas	Programa da Descentralização da Merenda Escolar, Benefício Mensal – Idoso (MPAS), Benefício Mensal – Pessoas com Deficiência (MPAS), Aposentadorias Rurais (MPAS), Abono Salarial PIS/PASEP (CEF), Seguro-desemprego (MT), Brasil Alfabetizado e Educação de Jovens e Adultos, Prouni e Minha Casa, Minha Vida.

Fonte: Organizado pelas autoras

Por mais precarizadas e vulneráveis que as famílias em situação de exclusão estejam, elas devem ser corresponsáveis, ao lado dos profissionais, por serem as maiores beneficiadas pelos programas sociais e para que os mecanismos de proteção possam ser eficientes. Um dos benefícios indiretos do Programa Bolsa Família é a valorização da mulher, visto que é ela a responsável pelo benefício.

Questionamentos podem ser feitos sobre as políticas públicas em relação à família: eleição da mulher como contato da parceria, idealização da família sem levar em consideração todas as influências e contextos e oferecimento de ajuda compensatória e não geradora de autonomia. Entretanto, há de se reforçar a família como um agente essencial de proteção de seus membros: idosos, doentes crônicos, crianças, dependentes, desempregados, entre outros. Portanto, a família deve ser um dos elos fortes na rede de proteção social. É preciso que o setor público lhe dê intenso apoio para produzir saúde, educação e bem-estar, integrando-a em todas as políticas públicas e sociais.

Unidade 2

A família como organização social

Unidade 2

A família como organização social

Na primeira unidade foram abordados alguns aspectos políticos que dimensionam relações de governos com as famílias. Vamos, agora, fazer uma introdução maior a respeito desse fenômeno tão importante, a família, foco de uma das maiores estratégias em saúde no nosso país: a Estratégia Saúde da Família.

Nesta unidade discutiremos temas como: invenção da família; suas diferentes configurações e conceitos; as funções e estruturas da família e suas transformações na sociedade contemporânea.

Espera-se que ao final desta unidade você seja capaz de:

- Compreender a evolução histórica da família na sociedade.
- Analisar as diferentes configurações familiares.
- Identificar as diferentes funções e estruturas familiares na sociedade contemporânea.
- Compreender a família como um sistema, com seus fluxos de influências e estresses.

Seção 1

A invenção da família

Ao longo da história da humanidade a família vem se mantendo como uma instituição passível de adaptações e mudanças impostas pela sociedade. Na Idade Média, a missão da família centrava-se na conservação dos bens, na prática de um ofício, na ajuda mútua e na proteção da honra e da vida, sob a condução de um chefe ou senhor. Até a Revolução Industrial (meados do século XVIII), não havia separação entre o trabalho e a casa, o trabalho e a família. O trabalho era feito dentro ou junto da casa – nos escritórios dos profissionais liberais ou na oficina dos artesãos. Entre os camponeses, a família não era um grupo social significativo, pois não teria condições de sobreviver: tudo era partilhado pela aldeia, inclusive eventos sociais como casamentos, batizados e funerais.

A evolução e as mudanças que caracterizaram o mundo na modernidade levaram também a família, como uma instituição privada, a se locomover em diferentes espaços/territórios. Famílias que eram, na Idade Média, de ambiência rural, passaram para um espaço urbano. A velocidade com que essas mudanças aconteceram está ligada a fatores econômicos, sociais, culturais e tecnológicos advindos da própria modernidade (ACOSTA; VITALE, 2005).

Com o progresso da Revolução Industrial (século XIX e XX), as relações no trabalho ficaram impessoais com as características adequadas: frieza, objetividade e agressividade. O homem foi trabalhar e a mulher ficou em casa, como guardiã do que o homem não podia levar: emoção, afeto e fragilidade. Tinha a missão fundamental de cuidar dos filhos, em rigorosa divisão dos papéis de gênero na família dita tradicional. As relações familiares, entre pais e filhos, na família, passaram a ser mais definidas pela autoridade interna, o chefe de família, o pai.

A família continuou se modificando. No século XX, vários fatores contribuíram para que as mudanças se expressassem, o que culminou nas configurações familiares que se têm hoje. As pesquisas do IBGE (2010) destacam alguns aspectos sobre as “novas famílias”:

- As famílias reconstituídas depois da separação ou morte de um dos cônjuges representam 16,3% do total de casais que vivem com filhos, sendo eles de apenas um dos companheiros ou ambos.

- A composição de casais com filhos ainda representa a maioria das famílias brasileiras, apesar da queda significativa, de 63,6% em 2000 para 54,9% em 2010. Ressalta-se que o número de filhos de mães adolescentes caiu nos últimos 10 anos, embora os riscos dos nascimentos nessa faixa continuem. Os nascimentos ocorreram quase totalmente (98,5%) nos estabelecimentos de saúde.
- O número de solteiros responde por mais da metade da população (55,3%) entre as pessoas com 10 anos ou mais, sendo que esse número dobrou entre os divorciados, passando de 1,7% para 3,1% em 2010.
- As mulheres passam a se responsabilizar por 37,3% das famílias mas participam com seus rendimentos para ajuda no sustento da casa em 62,7%.
- Houve acréscimo de 20% no percentual de pessoas envolvidas em dissoluções conjugais como resultado de uma maior liberdade em deixar um relacionamento infeliz, da facilitação do divórcio pela legislação e pela efetiva participação paterna, mantendo o contato da mãe e do pai com os filhos.
- O índice de relações formais cresce à medida que se eleva a renda – 48,9% das pessoas que ganham até meio salário mínimo vivem em união conjugal consensual, enquanto 64,2% do grupo que ganha mais de cinco salários prefere se casar no civil e no religioso
- Em todo o país, 60.002 pessoas declaram ter cônjuge do mesmo sexo, sendo que metade está na região Sudeste. São Paulo é o primeiro lugar em famílias homo afetivas, seguido do Rio de Janeiro e Minas Gerais.

CASAMENTO ENTRE PESSOAS DO MESMO SEXO

No Brasil, apesar de estar fora da Constituição Federal e do Código Civil Brasileiro, que prevê apenas a união entre casais heterossexuais, o casamento civil entre pessoas do mesmo sexo está assegurado por decisão do Superior Tribunal Federal e pela Resolução nº 175, de 14 de maio de 2013, do Conselho Nacional de Justiça, que obriga os cartórios a realizarem a cerimônia. Essa decisão foi baseada nos princípios de liberdade, igualdade e a promoção do bem de todos sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (BRASIL, 2013).

Várias características apresentadas têm relação direta com a promoção da saúde, prevenção das doenças e a assistência integral e equânime que deve ser ofertada pela atenção básica. Exemplificando, entre os indivíduos insuficientemente ativos, observa-se que uma proporção de adultos nessa condição no Brasil de 46,0%. Estes indivíduos não praticaram atividade física ou praticaram por menos do que 150 minutos por semana considerando os três domínios: lazer; trabalho e deslocamento para o trabalho. Entre as mulheres foram observadas frequências mais elevadas variando de 50,3% na Região Sul a 56,4% na Região Norte. Dentre os homens estas frequências variaram de 37,3% na Nordeste a 41,0% na Sudeste. Mais da metade (62,7%) das pessoas de 60 anos ou mais de idade era inativa, e

o grupo de idade menos sedentário foi o de 18 a 24 anos de idade (36,7%). Dos indivíduos sem instrução ou com fundamental incompleto (50,6%) são fisicamente inativos, sendo este o grupo mais representativo dentre os demais. Em relação às características de cor ou raça, foi possível observar que 47,9% dos brancos eram insuficientemente ativos, quando em relação aos pretos, 42,4% estavam nesta condição. Entre os pardos, 44,8% não praticavam o nível recomendado de atividade física (Brasil 2013).

Na seção 2, vamos ver como as famílias se configuram, hoje em dia, ilustrando com dois casos fictícios.

Seção 2

Configurações familiares

Nesta seção, inicialmente vamos observar uma situação bastante frequente, hoje em dia, à qual chamaremos de “a família de Mariana”.

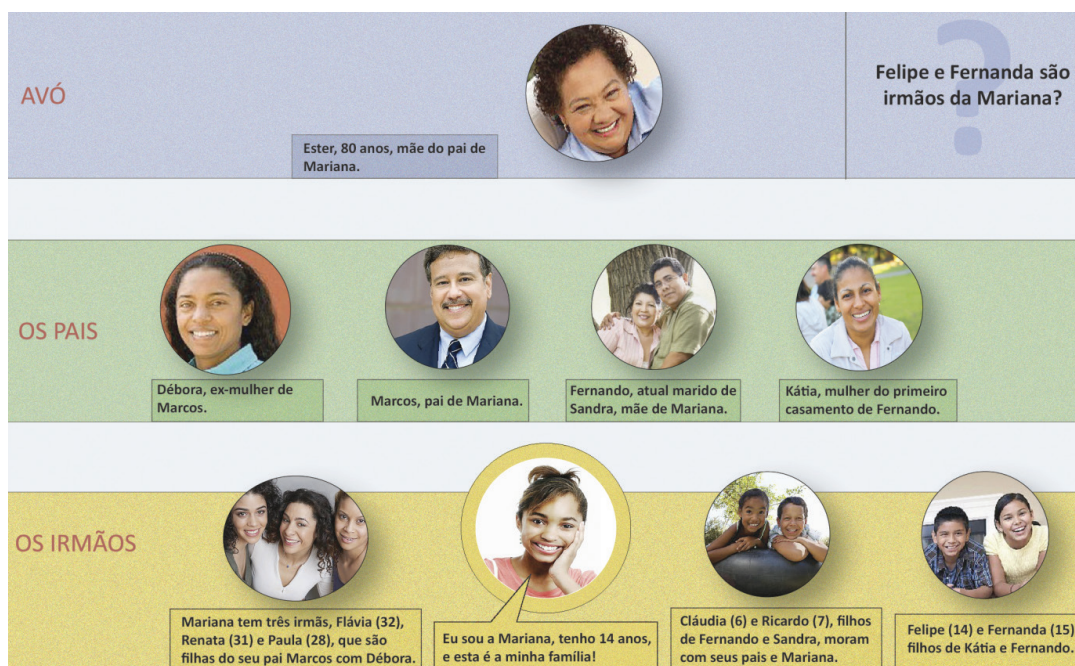
Mariana, de 14 anos, é filha de Marcos e Sandra, atualmente separados. Mariana tem três irmãs, Flávia (32), Renata (31) e Paula (28), que são filhas do seu pai Marcos com Débora, de quem já se separou há tempos. Marcos, atualmente, mora com sua mãe viúva, Ester (80). Mariana mora com sua mãe e Fernando (46), segundo marido de sua mãe, em uma união estável. Dessa relação, nasceram Ricardo (7) e Cláudia (6). Fernando, por sua vez, do casamento com Kátia, tem os filhos Felipe (14) e Fernanda (15). Então, Felipe e Fernanda são irmãos da Mariana?

Vamos ver os registros fotográficos dessas pessoas na Figura 1.

IRMÃOS?

Lembre-se que: Felipe e Fernanda não são irmãos de Mariana, pois são filhos do casamento de Fernando com Kátia.

Figura 1 - Representação da configuração familiar: família de Mariana

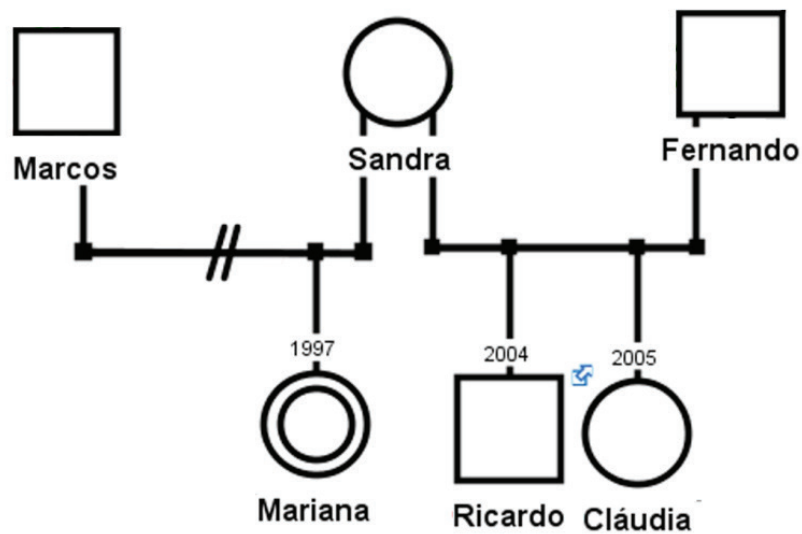


Fonte: Elaborado pelas autoras

A Figura 1 representa a forma habitual da representação de famílias, por intermédio de registros fotográficos. São os porta-retratos ou álbum de família.

Vamos ver agora outra forma de representar configurações de família, em um modelo para anotações e estudos: o genograma. Nesse momento, apenas como introdução, vamos ver um registro mais simplificado, o genograma da família de Mariana (Figura 2).

Figura 2 - Genograma da família de Mariana



Fonte: As autoras

Compare a Figura 1 com o genograma da Figura 2 e com as informações sobre a família de Mariana, pessoa índice (que originou o genograma).

1. Quem está representada como pessoa-índice no genograma? Justifique.
2. Se Mariana tiver um problema de saúde que precise do cuidado familiar, a quem iremos procurar? Justifique.
3. Ricardo e Cláudia são irmãos de Mariana? Justifique.

CONFIRA

1. Mariana está representada como pessoa-índice, sendo indicado no genograma com um círculo (feminino) duplo.
2. Iremos procurar por sua mãe Sandra ou seu padrasto Fernando, pois Mariana vive com eles atualmente.
3. Sim por parte de mãe – Sandra, pois são filhos de Sandra com Fernando.

ANALISE:

É mais fácil compreender as relações familiares no álbum de fotografias ou no genograma? É mais fácil registrar e estudar essas relações no álbum ou no genograma?

Apresentamos mais um exemplo da construção do genograma para o seguinte arranjo familiar: Rafael e Tiago com 30 e 35 anos, respectivamente, se conheceram na internet e após um período de namoro de um ano, passaram a morar juntos. Após dois anos de convivência familiar, o casal trabalhou e comprou um apartamento próprio. Atualmente, vivem juntos há quatro anos e, sentindo preparados e estabelecidos financeiramente, adotaram um menino de dois anos de idade chamado Samuel. O casal tem planos para oficializar sua união civil.

Para a elaboração do genograma construa sua legenda exemplificando a representação gráfica. Não se esquecer de especificar a data da construção do genograma, pois será importante principalmente após intervenções com a família.

Caso tenha dúvida, retorne a leitura inicial do caso.

A unidade 3, seção 1, vai aprofundar o estudo do genograma (projeto Álbum de Família).

Seção 3

Conceito de família

O tema família é um daqueles sobre os quais todas as pessoas têm uma opinião. Entretanto, para qualquer pessoa é complicado delimitar o significado da palavra família e, ainda mais, reunir e expor de forma conceitual os aspectos que a envolvem. Nem sempre tal resposta é bem estruturada, mas, geralmente, ela nos dá uma imagem, isto é, a representação do que para nós é ou deveria ser uma família.

Não se tem conhecimento de alguma sociedade em que não estivessem presentes modelos de organização familiar em sua estrutura social. Mas, ao mesmo tempo, há forte tendência a expressarmos nossa concepção de família a partir de um tipo ideal, de um modelo, de uma abstração que corresponda a um “padrão de normalidade”. A consciência coletiva, o conjunto de representações da sociedade, impõe às pessoas esse padrão, mesmo que não corresponda às realidades individuais, ao nosso modelo ou à experiência de família da qual fazemos parte.

O termo família, que provém do latim *famulus* (criado, servidor), aplicava-se originalmente ao conjunto de empregados de um senhor e, mais tarde, passou a ser utilizado para denominar o grupo de pessoas que vivem numa casa, unidas por laços de sangue e submetidas à autoridade de um chefe comum (PRADO, 1986). Por essa razão, a família é representada, tanto popularmente como em dicionários, como grupo de pessoas aparentadas, que vivem, em geral, na mesma casa, particularmente o pai, a mãe e os filhos. Da mesma forma, pode significar pessoas unidas por laços de parentesco, linhagem, ascendência, estirpe, sangue e por adoção.

Pode-se, portanto, dizer que a entidade família é de existência incontestável. Verifica-se, contudo, que independentemente da conceituação formal ou do sentido etimológico da palavra, alguns elementos, ao longo da existência da humanidade, identificam um grupo familiar, como espaços de:

Ressalte-se que há significativas diferenças entre a “família como instituição social” e as “formas de família” existentes em dado período histórico da sociedade. A família, como instituição, é uma referência abstrata para a descrição da organização e das finalidades socialmente importantes que tende a desenvolver. Entendidas como

- Apoio à sobrevivência e proteção integral dos filhos e demais membros.
- Extremos da vida: do nascimento à morte, vivência das emoções e dos afetos extremos
- Conflito e de negociação, onde os sujeitos aprendem a viver saudavelmente em sociedade.

- Disponibilização de aportes afetivos e materiais necessários ao desenvolvimento e bem-estar de seus componentes.
- Educação informal e apoio à educação formal, podendo haver ou não absorção de valores éticos e humanitários e aprofundamento de laços de solidariedade (PRADO, 1986).

sistemas sociais, as famílias têm grande variação de características estruturais, o que significa que a forma abstrata de instituição cede lugar aos “imponderáveis da vida real”, isto é, às mais variadas combinações concretas daqueles elementos e papéis descritos abstratamente (PRADO, 1986).

A família pode ser ainda, compreendida nas perspectivas:

- Biológica: constituindo-se de pai, mãe e filhos.
- Sociológica: uma das instituições sociais, que especificam os papéis sociais e os preceitos para o comportamento dos indivíduos.
- Antropológica: significando um agregado que partilha um universo de símbolos e valores, códigos e normas, relacionados aos processos de socialização do indivíduo.
- Psicológica: considerada uma unidade emocional em que o funcionamento de uma afeta o conjunto da família.

PARA REFLETIR...

Você conhece o conceito de família do IBGE?

[...] o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, que residem nas mesmas unidades domiciliares. Inclui empregado (a) doméstico (a) que reside no domicílio, pensionistas e agregados.

Você conhece a ampliação do conceito de família que veio com a Lei Maria da Penha (BRASIL, 2008)?

“A repersonalização das relações familiares significa sair daquela ideia de patrimônio como orientador da família, onde se forma pela afetividade e não mais exclusivamente pelo vínculo jurídico-formal que une as pessoas. Deve o Direito Civil, cumprir seu verdadeiro papel: regular as relações relevantes das pessoas humanas – colocar o homem no centro das relações civilistas [...] E, gravitando o Direito Civil em torno da pessoa, não há lugar para concepções excludentes de determinados sujeitos de tutela jurídica ou atribuidoras de um tratamento jurídico inferior a eles – já não há espaço para as discriminações de gênero. [...] Uma das consequências práticas de repersonalização vem a ser a nova concepção da família, espelhando a ideia básica da família eudemonista, ou seja, da família direcionada à realização dos indivíduos que a compõe” (MATTOS, 2000, p.104-105).

Seção 4

Conhecendo a família

Nesta seção vamos discutir as variações das estruturas familiares, as funções que ela exerce na sociedade, as transformações da família contemporânea, as influências e fluxos de estresses e, ainda, a família como sistema.

4.1. Estruturas familiares

Verifica-se ampla variação de organização familiar de uma sociedade para outra ou mesmo no interior de uma dada sociedade. Contudo, encontram-se, principalmente, as seguintes organizações:

- Família nuclear, conjugal ou elementar: pai, mãe e filhos nascidos dessa união; os irmãos, filhos do mesmo pai e da mesma mãe, habitando o mesmo espaço e tendo sua união reconhecida pelos demais membros da comunidade.
- Família composta: compreende o conjunto de cônjuges e de seus filhos na sociedade poligâmica, sob duas modalidades: a poligamia (um homem com mais de uma esposa) ou a poliandria (uma mulher com vários maridos).
- Família extensa: rede familiar ligando consanguíneos, aliados e descendentes, ao longo de pelo menos três gerações, correspondendo, em geral, a uma unidade doméstica (propriedade da terra e das habitações).

Pode-se afirmar que o modelo de família mais conhecido e reconhecido socialmente seja o denominado de “nuclear”, hoje adquirindo também as denominações de “natal-conjugal”, “simples”, “imediata”, “primária” ou “normal”. Vale referenciar que para os pais não casados a união foi denominada até recentemente de concubinato. Hoje se denomina união estável, com reconhecimento nas normas jurídicas. Este tipo de união conjugal legitimada socialmente e implicando uma quantidade de direitos e deveres mais ou menos bem demarcados é tida como uma forma distinta ao casamento, embora os elementos que servem para sua definição estejam sujeitos a variações, de acordo com cada sociedade.

A família nuclear estabelece a base de nossa estrutura social, é dela que se originam as formas mais elementares de parentesco. O modelo de família nuclear pode ser verificado em quase todas as formas de organização social, como forma dominante ou como unidade complementar às famílias extensas ou compostas. Entretanto, os padrões ocidentais de organização familiar tendem a representar a família nuclear como o “tipo ideal”, em virtude da influenciados valores judaico-cristãos, da monogamia, do costume ou prática social no qual não é permitido ao indivíduo (homem ou mulher)

ter mais de um cônjuge. A família nuclear é tida como a forma legítima, mesmo que os casos de unidades familiares poligâmicas (consideradas desvios, formas estranhas ou imorais) floresçam em seu meio.

Apesar de todas as definições científicas dos modelos de família existentes, o que não se pode esquecer é que a família não é um mero fenômeno de origem natural, como as correntes científicas evolucionistas ou biologicistas possam vir a interpretá-la. A família é, acima de tudo, uma instituição social e, assim sendo, é historicamente produzida, variando de acordo com o tempo e o espaço. As diversas configurações estão em conformidade com as condições materiais e socioculturais de sua época.

4.2 Funções da família

A família, como instituição social, varia em composição e comportamento, segundo determinantes sociais, econômicos, políticos, religiosos ou ideológicos. Modifica-se, ainda, em função da localização territorial do grupo social em que se insere e da época histórica considerada (ANDRADE et al., 2001).

Mesmo diante dessa diversidade de aspectos, Prado (1986) identifica, na atualidade, como funções da família:

- Sexual: atendimento das necessidades sexuais tornadas lícitas a partir da institucionalização de uma união ou casamento, que visa a estabelecer um pai legal para os filhos.
- Reprodutiva: perpetuação da família e da sociedade a partir da descendência.
- Econômica: garantia do sustento e proteção da prole, estabelecendo a participação dos pais e a divisão e organização do trabalho entre os mesmos.
- Socializadora/educativa: transmissão de um conjunto de hábitos, costumes e valores e o cuidado com as crianças, reconhecido universalmente como de extrema importância e de responsabilidade da família.

É compreensível que a família, como primeira instituição social com a qual os indivíduos têm contato, busque se reproduzir em vários sentidos, por meio do processo de socialização, que transmite os modos de agir, pensar e sentir próprios da ordem social envolvente. A educação dos filhos é papel desempenhado tanto pelo pai como pela mãe e exercido de modos diversos e complementares, sendo fundamentais à constituição da identificação social da prole.

Conclui-se, dessa forma, que a família assume, como instituição educadora, duas funções especiais: a socializadora e a de identificação social. A primeira está destinada a transmitir a herança sociocultural, ou seja, fornecer aos indivíduos, em seus primeiros anos de vida, elementos como a língua, usos e costumes, valores e crenças, construindo nas crianças e, posteriormente, nos jovens os comportamentos legítimos e esperados para o ingresso na sociedade. Já a identificação social proporciona aos indivíduos a conquista de determinada posição social ou status, na medida em que a família é, também, produto da conformação de múltiplas identidades sociais: étnicas, religiosas, de classes, políticas, educacionais, etc.

4.3 Transformações da família contemporânea

Vamos abordar, a seguir, algumas das transformações da família contemporânea. Como visto até aqui, a família, como a maioria das estruturas e fenômenos sociais, é fortemente marcada pela diversidade. Frequentemente, não se consegue constatar tal diversidade, porque normalmente tem-se visão da realidade social baseada em modelos para os quais, desde cedo, aprende-se a emitir juízo de valor, tais como: certo X errado, bonito X feio, etc.

Por essa razão, principalmente, tende-se a não levar em consideração a diversidade como algo que tenha valor em si mesmo, pois muitas vezes classificamos o diferente como “desvio” do normal, isto é, dos padrões que aprendemos a utilizar desde cedo para dar sentido à realidade à nossa volta. Não é diferente com o fenômeno social que denominamos família. Acostumados a identificar como família o grupo de pessoas formado por pai-mãe- filhos, tendemos a considerar anormais muitas situações que não se enquadram nesse modelo.

Alguns eixos de discussão podem nos dar um quadro de referência para melhor abordarmos as transformações contemporâneas da família. O objetivo não é esgotar um tema tão vasto e complexo em tão poucas páginas, mas apenas apresentar algumas questões. Frequentemente ouvimos que a família é a “célula” da sociedade, isto é, o grupo fundamental, aquele que é a “base de tudo”. Além disso, família e “lar” são associados à situação de aconchego, segurança, acolhimento e proteção. Contudo, também frequentemente, não são exatamente esses valores e práticas que podemos observar na realidade social contemporânea. Vejamos algumas situações e considerações.

1. Relação entre cônjuges: o que se espera, normalmente, de um casal que estabelece vínculo afetivo é o estabelecimento de um ambiente marcado pelas expectativas de aconchego, carinho, etc. Contudo, pesquisas recentes revelam que quase 20% das mulheres brasileiras já sofreram algum tipo de violência (física, sexual, moral ou psicológica) por parte de algum homem, sendo que em 50 a 70% dos casos esse homem era o marido ou o parceiro (MINAYO; SILVA, 2005).
2. Cuidado e educação dos filhos: ao estabelecer o laço afetivo, espera-se que um casal, mais cedo ou mais tarde, tenha filhos e, principalmente, que cuide deles e os eduque. Há dados, contudo, que indicam que aproximadamente 12% das crianças (até 14 anos) sofrem algum tipo de violência doméstica no Brasil. Isto corresponde à média de 18 mil crianças por dia sofrendo algum tipo de abuso. Além disso, por volta de 80% dos casos o agressor é algum parente próximo.
3. Segurança na velhice: após uma vida inteira de contribuição à sociedade, espera-se que as pessoas gozem a última etapa de sua vida em paz e segurança. Não existem dados completos e precisos, mas há fortíssimos indícios de que a maioria da violência praticada contra idosos (maus-tratos, abandono, abuso econômico, entre outros) o é por parentes próximos, principalmente filhos, netos e cônjuges (MINAYO; SOUZA, 2005).

Desse modo, a violência doméstica contra mulheres, crianças e idosos e o abandono das crianças pelos pais que deveriam protegê-las dão indicações que distorcem a imagem de segurança e proteção atribuída à família.

Tendo em vista a frequência dessas ocorrências, que vão em direção contrária à visão ideal de família compartilhada pela maioria das pessoas, é necessário buscar e identificar pelo menos os principais fenômenos que ajudam a compreender as transformações pelas quais a família tem passado no Brasil.

Para entender melhor tais transformações contemporâneas, é necessário levar em consideração que elas são fruto do cruzamento de pelo menos três fenômenos distintos:

1. A concepção tradicional de família, herança do modelo patriarcal de família, dominante desde há muito tempo no Brasil.
2. O processo de urbanização e de industrialização, intensos no Brasil a partir dos anos 1950, que geraram uma sociedade moderna, mas fortemente marcada pela desigualdade socioeconômica.
3. A disseminação de valores associados à cultura de individualismo típica das sociedades capitalistas.

Para avaliar melhor os impactos desses fenômenos, é necessário levar em consideração que a família é entendida como uma das principais instituições mediadoras da relação entre indivíduo e sociedade. Logo, as transformações contemporâneas pelas quais ela passou e tem passado podem ser compreendidas analisando-se as mudanças das relações sociais em dois vínculos – indivíduo e a família e a família e a sociedade.

Se a família permanece até hoje como tem sido há muito tempo, uma instância primária e básica de socialização dos seres humanos dentro de cada sociedade, é inegável o seu deslocamento como centro aglutinador de direitos e deveres, a partir de longo processo de individualização da pessoa. Em outras palavras, o indivíduo passa, nos tempos atuais, a dividir com a família a posição de célula e base da sociedade. Isto não significa que a noção de indivíduo substituiu, ou algum dia substituirá, a família como base da sociedade. O que há é o aumento da complexidade das relações sociais, derivado do leque de possibilidades de estilos de vida familiar.

Retornemos rapidamente ao Brasil do século XIX para melhor entendermos esse processo contemporâneo. Naquela época, apesar da diversidade da realidade familiar, considerava-se correto e ideal que as famílias fossem “chefiadas por um homem”, o pai, que “exercia autoridade legal sobre toda a unidade doméstica e a lei delegava a ele o direito de punir seus membros” (GRAHAM, 1997, p. 34, grifos nossos). A noção de “pai de família” (pater famílias) implicava não apenas cuidado, mas autoridade.

A instituição “família” era protegida pelo Estado de modo especial e em seus diversos aspectos: a) patrimonial: não se podia, por exemplo, delegar a propriedade da família a alguém que não pertencesse a ela, com raras exceções - desobediência do(a) filho(a), por exemplo; b) moral: não raramente questões familiares tornavam-se questões públicas, oficiais.

Assim, por exemplo, o historiador R. Graham, que realizou pesquisa sobre família e clientelismo no Brasil do século XIX, narra um caso em que “diplomatas e policiais consideraram seu dever informar a um padeiro que sua filha casada abandonara o marido por outro homem” (GRAHAM, 1997, p. 34). Tal ato não era um problema pessoal ou privado somente, era também uma questão pública, envolvendo não somente a família, mas o próprio poder público.

Nesse exemplo histórico, vê-se claramente que a família, como unidade doméstica, era chefiada por um homem, um “pai de família” responsável não somente pelo cuidado, mas também pelo exercício quase irrestrito da autoridade, quando isso fosse necessário. Era, de fato, uma instituição basilar e sagrada, valorizada e protegida pelo próprio poder público.

Sendo assim, como centro de referência das principais relações sociais, a família, em seu conjunto, era portadora de direitos e deveres, e não os indivíduos, os quais só tinham direitos e proteção como membros de uma família. A família, portanto, era a principal mediadora das relações entre indivíduo e sociedade. Essa mediação estabelecia-se, como já foi dito anteriormente, a partir do exercício quase irrestrito da autoridade paternal no âmbito doméstico.

Sendo assim, internamente, a família é um “grupo hierárquico”. Ela era organizada, naquela época, a partir de “um padrão de autoridade patriarcal” (homem como “chefe da família”, isto é, como aquele que tem precedência sobre mulher e filhos), combinado com uma autoridade geracional indicada pela idade (pais sobre filhos, principalmente) ou, pelo menos, respeito geracional (dos mais novos para com os mais velhos). A divisão sexual do trabalho reforçava a posição do homem como “provedor do lar” e a mulher como “dona-de- casa”. Assim, o homem é o chefe da família, enquanto a mulher é a chefe da casa, isto é, aquela que conhece melhor a casa e, portanto, tem condições de tomar as decisões principais. Mas, ao mesmo tempo, encontra-se abaixo da autoridade do homem. A autoridade feminina está, normalmente, fortemente vinculada à figura simbólica da “mãe”.

O fundamento da autoridade masculina residia, também, em sua função mediadora – homem como o elo entre o mundo “interno” da família e o mundo “externo” – e provedora – responsável pelo sustento e sobrevivência econômico-material da família.

As transformações socioeconômicas, políticas e jurídicas pelas quais a sociedade brasileira passou ao longo do século XX envolveram também, é claro, a família. Hoje, o parágrafo 5º do art. 226 da Constituição estabelece que “os direitos e deveres referentes à sociedade conjugal são exercidos igualmente pelo homem e pela mulher” (BRASIL, 1988, p. 147). A imagem tradicional da mulher como mãe/esposa/dona-de-casa se altera, assim como, por consequência, a própria imagem do homem como “chefe de família-provedor do lar”. Contudo, isto não significa ou não implica a superação total dessas visões e dos valores e imagens a elas associadas. O que há, mais propriamente, é a diversificação tanto das estruturas familiares quanto das estratégias de sobrevivência, principalmente entre os economicamente menos favorecidos.

Na lei e na realidade, a concepção tradicional de família, como grupo social submetido a uma autoridade masculina quase irrestrita, concorre com uma nova concepção, na qual a valorização da família não ocorre pelo reforço da autoridade paternal, e sim pela especialização da proteção pública a indivíduos ocupantes de determinada posição na estrutura familiar.

Se antes a lei e o próprio Estado atuavam no sentido de reforçar e proteger a família pelo reforço ou manutenção do poder do 'pai de família', agora a proteção da família se dá através da promulgação de legislações específicas para cada membro considerado importante. Assim, nas últimas décadas, observa-se o surgimento de:

1. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que visa a reforçar a imagem de família e de lar como ambientes de cuidado e acolhimento para as crianças e adolescentes.
2. Lei Maria da Penha, que tem por objetivo coibir a violência doméstica, principalmente a que atinge as mulheres.
3. Estatuto do Idoso, destinado a promover a valorização e respeito às pessoas com mais idade.

Assim, via legislação e políticas públicas específicas, observa-se que há estímulo oficial para alterar determinados padrões de relações sociais definidoras da concepção de família tradicional, principalmente os elementos que constituíam as bases do exercício da autoridade paternal, antes arbitrária e quase ilimitada.

Essa atuação governamental não ocorre no vazio, mas, antes, está ancorada num conjunto de transformações concretas da própria sociedade, que não mais tolera determinados padrões de exercício de autoridade, principalmente quando esses extrapolam os limites de determinados direitos concebidos como inerentes aos indivíduos.

PARA REFLETIR...

De acordo com Cegagno, Souza e Jardim (2004, p.111), trabalhar com famílias implica permanente revisão da nossa [...] postura profissional, aprender o que jamais encontraríamos nos livros, compartilhar sentimentos e, principalmente, partilhar de um mundo familiar, que não é o nosso.

Esses autores fizeram um estudo intitulado "Compreendendo o contexto familiar no processo saúde-doença", com o que você poderia produzir um estudo de caso que valeria a pena ser lido. Verifique em leituras recomendadas, nas referências. Boa leitura e profundas reflexões para você!

Como quase todas as transformações da sociedade é importante refletir sempre sobre nossas próprias concepções e sobre a maneira como se costuma avaliar os comportamentos e eventos. Uma diversificação de estruturas, papéis e estratégias, muitas vezes, é considerada "desestruturação da família".

Assim, as transformações recentes tendem a acentuar e valorizar não a família como um todo homogêneo, mas, antes, a valorizá-la como grupo que pode variar em sua estrutura de relações internas e na proteção aos indivíduos.

Como foi dito antes, só se pode afirmar que a família é a “célula” da sociedade e a “base de tudo” se for levado em consideração que ela o é na medida em que é constituída por pessoas valorizadas como indivíduos em condições específicas (homem, mulher, criança, idoso, etc.), e não somente como membros de um grupo. Nesse sentido, os direitos que regem as relações familiares passam, portanto, a ser cada vez mais individualizados.

A figura da autoridade tende a extravasar o âmbito da família nuclear. A sobrevivência material da família como um todo e a formação moral das novas gerações (crianças) passam a depender não somente do chefe de família – homem ou mulher –, mas também de toda uma rede de relações ativadas pelas pessoas, especialmente aquelas em situações de mais vulnerabilidade social. Essa rede inclui parentes fora do núcleo doméstico (tios, avós, primos etc.), compadrio, vizinhança e, é claro, o próprio poder público em seu sistema educacional, assistencial, de saúde, etc.

Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF) representa um braço da atuação pública no que toca à cobertura da população pela atenção primária à saúde. O fato de a equipe ir até a casa da pessoa torna-a mais próxima das famílias. Estas passam a ver essas equipes não mais como uma instância estatal a se recorrer em tempos de urgência e necessidade, fria em seu tratamento e indiferente em seu cuidado, mas como um elemento integrante de uma rede constituída a partir de valores familiares, como confiança e autoridade.

Como confiança e autoridade são dois lados da mesma moeda, profissionais de saúde que lidam direta e localmente com as populações atendidas pela estratégia são portadores de conhecimentos e de uma imagem valorizada pelas pessoas. Por isso, nas transformações contemporâneas da família, o próprio poder público, na figura de seus representantes, passa a fazer parte também da esfera de convívio mais direto das famílias.

PARA REFLETIR...

Mas qual a importância disso tudo para um profissional da saúde que vai a campo, fazendo parte da equipe de SF?

O impacto principal dos padrões e valores que portamos, nesse caso, incide sobre a identificação de problema. O que é um problema social, no contexto das famílias? Você já se perguntou sobre isso?

Normalmente, quando somos indagados a respeito de “problemas sociais”, tendemos a indicar exemplos, a fazer uma lista daqueles problemas que chamam nossa atenção: pobreza, violência, tráfico de drogas, divórcios, separações, recasamentos, mortes na família, nova divisão de trabalho entre sexos, alcoolismo e outras doenças (especialmente relacionadas à saúde mental), desemprego, crise política, social, econômica e psicológica, etc.

Contudo, dificilmente paramos para pensar no que é um problema social para nós, pois isto implica o questionamento de nossos próprios padrões de classificação da realidade, isto é, da nossa noção de “normalidade” e moralidade.

É necessário ter amplo entendimento dessas problemáticas sociais, que não são simplesmente problemas morais, isto é, de desvio de um padrão considerado “o mais correto”, mas como fenômenos condicionados por processos estruturais mais profundos que envolvem a vida em sociedade e impactam negativamente esse grupo social que chamamos “família”.

Se lar e família não são, sempre e necessariamente, um espaço de proteção, tornando-se, não raramente, espaços de conflito e violência e se isso ocorre não somente por questões morais, mas também devido a transformações mais gerais da sociedade, então a “desestruturação da família” é um problema social em um contexto muito mais amplo e complexo do que normalmente se pensa.

Segundo Hemfelt, Minirth e Méier (1989), uma família saudável ou funcional tem como características:

- Pais equilibrados e sãos. Se algum problema mental ocorreu, eles souberam lidar de forma adequada.
- Pais sem compulsões: álcool, drogas, trabalho, compras, alimentação, etc.
- Pais maduros, autossuficientes.
- Pais com autoimagem positiva e confortável.
- Pais que sabem lidar com a espiritualidade.
- Pais que se dedicam a ter um casamento feliz.

Outras características são decorrentes ou podem se somar às anteriores: coesão, comunicação funcional, afeto, regras flexíveis e limites e fronteiras claras.

Torna-se fundamental, portanto, que os profissionais de Saúde da Família tenham a compreensão de todos esses fatores ao se relacionarem com pessoas e agrupamentos familiares, a fim de que não ajam com preconceito e possam, ao mesmo tempo, saber da importância e da influência dos mesmos sobre a saúde das famílias e de seus membros.

Assim, é necessário o reconhecimento do âmbito social da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Família, buscando principalmente conhecer:

- A história da constituição da comunidade.
- A organização social e os movimentos sociais existentes no bairro/território.
- As entidades representativas da comunidade e as lideranças comunitárias.
- Os serviços públicos do bairro: educação, saúde, segurança, assistência social, entre outros.
- Os equipamentos sociais: escolas, igrejas, espaços de lazer, entre outros.
- As áreas de risco ambiental e social.

PARA SABER MAIS...

Outra leitura que recomendamos sobre família é o artigo “Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica” (FONSECA, 2005), que pode contribuir muito para que você reconstrua seus conceitos sobre o tema.

A identificação de fatores de riscos, situações de violência, vulnerabilidades e potencialidades das famílias pode ser desencadeador de capacitação das mesmas para enfrentamento dessas situações. Essa compreensão significa sempre observar a dinâmica das relações sociais em cada família e o papel de cada membro dentro dela, assim como de cada família na comunidade, visualizado nas suas heterogeneidades. Assim, promover saúde na família relaciona-se às ações que visam a garantir boa qualidade de vida às pessoas, assegurando-lhes o direito que as torna cidadãs. É disso que passaremos a falar agora.

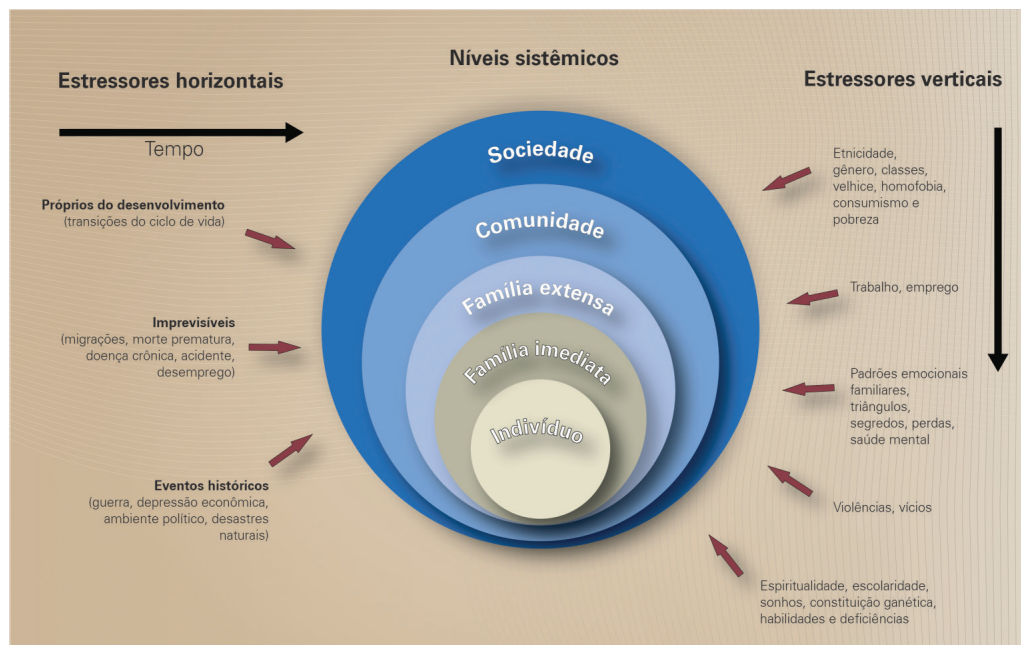
4.4 Influências e fluxo de estresses

Para conhecermos e compreendermos a família, temos que analisá-la em seu cenário, com as influências que sofre, sejam verticais – as que ocorrem por intermédio dos sistemas – ou horizontais – por meio dos ciclos vitais. Você pode verificar, na Figura 3, as influências que existem sobre os indivíduos e as famílias, como um fluxo de eventos que podem ser estressores.

O indivíduo é resultado de suas heranças genéticas e suas aprendizagens durante a vida, caracterizando-se por ter habilidades e deficiências. Verticalmente, esse indivíduo está sob a influência de padrões da sua família imediata – nível de escolaridade de seus membros, espiritualidade, saúde mental, vícios, violência, entre outros.

O indivíduo e a família imediata estão sob influência da família extensa ou ampliada - tios, primos, avós, bisavós, etc. Carter e McGoldrick (1995) sugerem que a família compreende o sistema emocional de pelo menos três, às vezes quatro gerações. A família extensa pode também influenciar os indivíduos e/ou a família imediata pelos segredos que guarda, pelos efeitos das perdas que teve, especialmente as precoces, entre outros (Figura 3).

Figura 3 - Fluxo de estresses pela família



Fonte: Adaptação de Carter e McGoldrick, 1989

A família extensa, a imediata e o indivíduo são influenciados pela comunidade (bairro, cidade, colegas de trabalho, vizinhos); e esses têm a sociedade em que vivem influenciando todos (cidade, estado, país). Dada a globalização, há de se pensar na influência dos outros países e continentes.

Horizontalmente, as influências são “imprevisíveis” ou do desenvolvimento “natural” da família, ou seja, as relacionadas ao ciclo de vida da família, com os vários estágios pelos quais geralmente passam. Mais frequentemente, na transição desses estágios podem aparecer problemas, exatamente pela dificuldade em se lidar com as exigências de cada nova situação. As influências imprevisíveis, fatos que podem acontecer durante a vida e gerar dificuldades para a família, podem ser: migração, morte prematura, doenças crônicas, acidentes, desemprego, entre outros. Também os eventos históricos podem influenciar na qualidade de vida e manutenção da saúde das famílias e indivíduos, como guerras e desastres naturais.

4.5 A família como sistema

Segundo a Teoria dos Sistemas, um sistema é um conjunto de objetos ou pessoas com interrelações, com atributos específicos, que contém subsistemas ou suprassistemas, ligados de forma hierárquica, possuindo limites ou fronteiras que as distinguem do meio. Na Teoria Familiar Sistêmica, fala-se em:

- Sistema: família.
- Subsistemas: casal, filhos, homens, mulheres, indivíduo, etc.
- Suprassistemas: avós, tios, comunidade.

O que define cada sistema são os papéis e funções de cada indivíduo e as normas que o regem. Esses papéis e funções definem onde o indivíduo se posiciona hierarquicamente. Manter a hierarquia é manter a ordem e a saúde no sistema familiar. Avós ocupam o topo da hierarquia, seguidos pelos pais e tios, estando os filhos e primos hierarquicamente inferiores (ALARCÃO, 2000).

OUTRA IDEIA IMPORTANTE...

... em relação às famílias é a de homeostase. A família tende a manter o seu equilíbrio, a sua homeostase, mesmo que esse equilíbrio seja mantido por problemas. Isso acontece porque a família utiliza soluções inadequadas para as suas dificuldades e porque reage às soluções propostas que podem ser diferentes da homeostase que conhece, garantindo a permanência dos problemas. A doença física ou mental pode surgir para manter a homeostase do sistema, embora ela denuncie a ocorrência de uma fragilidade, dificuldade. Assim, mudanças tendem a ser graduais e o profissional de saúde deve considerar como é difícil sair do “conhecido para o desconhecido”.

Os membros de um sistema estão sempre se comunicando, verbal ou não verbalmente. É impossível não comunicar. Mesmo ficar calado é uma comunicação em que se pode supor que não quer, não pode ou não está interessado em falar. Todos nós construímos um padrão de comunicação. E a forma como comunicamos indica a funcionalidade dos sistemas familiares ou individuais, isto é se são funcionais e maduros ou disfuncionais e imaturos. As famílias fornecem o modelo dos padrões de comunicação. Pessoas com padrões de comunicação funcionais são aquelas que falam firme, com clareza e que realizam esclarecimentos quando solicitadas. Pessoas com padrão de comunicação disfuncional são aquelas que não falam de forma direta e tendem a fazer suposições erradas. Também se esquivam das questões, rejeitam as solicitações de esclarecimento e desqualificam quem pergunta.

Unidade 3

Estágios do ciclo de vida

Unidade 3

Estágio do ciclo de vida

É importante entender que a família pode ser concebida como um organismo vivo (MINUCHIN; FISHMAN, 1990), que sempre constrói mecanismos para manter sua funcionalidade que, por vezes, está em estado de equilíbrio interno e com o meio e, outras vezes, se encontra em estado de desequilíbrio. É necessário também compreender que cada membro da família tem seu papel, que vem sendo construído ao longo do tempo, em formação desde a família de origem, durante seu ciclo de vida. Logo, ao formar um novo núcleo familiar, os seus membros trazem expectativas e papéis predefinidos.

Essa trajetória de vida pode ser dividida em fases do ciclo de vida, em que os membros da família têm algum papel a desempenhar, e ao ocorrerem as mudanças no ciclo, os integrantes da família passam a assumir outros papéis na dinâmica familiar.

Nessa seção vamos ver essas fases do ciclo de vida, suas características, papéis a serem desempenhados e as mudanças que acontecem.

O problema é que toda mudança gera desconforto e, conseqüentemente, resistência às mudanças e acordos em busca de novos pontos de equilíbrio. Soma-se a esse fato o problema que esses acordos são, geralmente, não verbais. Desta forma, está formado o conflito familiar, que pode ser momentâneo ou não. Às vezes, os membros de uma família não conseguem voltar ao ponto de equilíbrio ou, ainda, têm dificuldade para aceitar mudanças, resistindo às modificações de papéis, gerando conflitos internos e, até mesmo, a dissolução do núcleo familiar.

Logo, conhecer a fase ou o estágio do ciclo de vida em que a família está ajuda-nos a construir com ela mecanismos para seu enfrentamento, tornando mais natural a passagem pelos diversos estágios. É importante ressaltar que não se pode ignorar o panorama social, econômico e político e seu impacto sobre as famílias, nas diferentes fases do ciclo de vida.

Portanto, espera-se que ao término desta unidade você seja capaz de:

- Identificar as diferentes fases ou estágios do ciclo de vida que a família passa.
- Identificar ações que podem ser realizadas com as famílias.

Seção 1

Mudanças, adaptações e estágios do ciclo de vida

A mudança dos ciclos é marcada por eventos significativos que transformam a estrutura da família com novas tarefas a serem cumpridas em cada etapa. O não cumprimento dessas tarefas pode comprometer o seu funcionamento. Cabem ao profissional o diagnóstico e o auxílio à família na transição entre as diferentes fases do ciclo. Entretanto, vamos trabalhar com um conceito mais ampliado, para compreender o ciclo de vida familiar, que é o de “estágios de desenvolvimento”.

Como visto, o desenvolvimento é uma das influências horizontais que ocorre durante a vida das famílias e é entendido como um ciclo dividido em estágios. Cada estágio tem suas tarefas específicas, isto é, demandas que o indivíduo tem que realizar para que possa viver com qualidade e passar de forma saudável para o próximo estágio da vida. É na transição desses estágios que geralmente aparecem dificuldades e essas se transformam em problemas se a família não conseguir realizar adequadamente as suas tarefas. Os estágios do ciclo de vida familiar estão listados a seguir, dos quais veremos, depois, os detalhes.

1. Jovens adultos solteiros saindo de casa.
2. A união no casamento: a nova família.
3. Famílias com filhos pequenos.
4. Famílias com filhos adolescentes.
5. Lançando os filhos e seguindo em frente.
6. Famílias no estágio tardio de vida.

Estágio 1: Jovens adultos solteiros saindo de casa

As tarefas deste estágio são:

1. Formação de uma identidade separada dos pais, diferenciando-se emocionalmente dos mesmos, sem romper as relações.
2. Escolha de uma carreira.
3. Estabelecimento de relações íntimas com parceiros e amigos.
4. Avanço em direção à independência financeira.

As dificuldades nesse estágio podem ocorrer quando o jovem e/ou os pais têm dificuldade para terminar a relação de dependência e o jovem não consegue avançar na conquista de sua independência emocional e financeira ou mesmo no estabelecimento de parcerias amorosas ou de amizade.

Estágio 2: A união no casamento - a nova família

As tarefas deste estágio são:

1. Estabelecimento de relacionamento amoroso íntimo com parceiro(a). O ser humano pode estabelecer vários tipos de parcerias: com um parceiro ou com vários, ao mesmo tempo ou não, de forma duradoura ou ocasional. Na cultura ocidental, o padrão ainda é ficar com um parceiro, de forma duradoura, embora o duradouro tenha no horizonte a possibilidade do divórcio.
2. Convivência com sua família extensa e com a do parceiro, como um novo casal ou família.

Pode-se constatar nesse estágio dificuldade de os jovens estabelecerem e manterem parcerias adequadas. Alguns fatores podem ser:

- Pela necessidade de se manterem adaptados aos pais, não conseguem se adaptar a seus pares.
- Para afastar-se do confronto com os pais, casam-se precocemente para sair de casa, sem conhecer bem o parceiro.
- Pela facilidade do divórcio, o jovem pode ser levado a pensar o casamento como um teste e não se empenhar o suficiente em sua continuidade.
- Pela não realização do ritual do casamento, em qualquer forma de ritual, a aceitação e o reconhecimento do casal pela família pode ser dificultada.
- Por muita ajuda dos pais ao casal, especialmente financeira, pode-se caracterizar uma barganha implícita ou explícita sobre o direito dos pais de interferirem na vida do casal.
- Por se sentirem muito livres ou muito presos ao casamento ou união estável, os jovens podem não se adaptar à nova situação.
- Por evitar confrontos nas divergências, o novo casal, em longo prazo, poderá tender a “explodir” em brigas, ressentimento contínuo e separação.
- Por falta de constantes recontratos, a nova união poderá ter dificuldades em se manter.

LEITURA OBRIGATÓRIA

Vamos estabelecer algumas correlações entre os estágios do ciclo de vida das famílias com a abordagem familiar (oficina VI) do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2009), com algumas adaptações. Recomendamos que você veja esse documento, nas referências (leitura obrigatória).

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Programa Saúde em Casa. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Oficina VI: a abordagem familiar. Belo Horizonte. 2009.

Quadro 2 - Estágios do ciclo de vida - A união no casamento: a nova família

Ciclos de vida	Ações para realizar	Ações de promoção a ser ofertada
Início da vida familiar (fase da união entre duas pessoas com um modelo próprio de arranjo familiar).	Inserção dessa nova família no serviço de saúde.	Acolhimento para orientações sobre planejamento da vida pessoal e familiar, abordando a comunicação, afetividade, sexualidade e planejamento familiar.

Fonte: Minas Gerais (2009)

O planejamento familiar deve ser incluído nessa etapa do ciclo de vida. Desde o início, o casal precisa conversar e decidir se quer ou não ter filhos. Se quiser ter filhos, deve decidir sobre o quando iniciar. A equipe de saúde deve ajudá-los a tomar essas decisões e sobre os métodos contraceptivos que serão usados até o momento de ter os filhos.

Estágio 3: A família com crianças pequenas

As tarefas deste estágio são:

1. Garantia de espaço para o nascimento da criança, isto é, os pais devem ter disponibilidade emocional e física. Uma criança não deve nascer para substituir alguém ou apenas realizar “capricho” ou necessidade. Além disto, devem ter tempo e disposição para se dedicarem à criança, sem delegar esse cuidado a outros, por todo o tempo.
2. Acolhimento, cuidado e educação da criança.
3. Aproximação da família extensa, com o nascimento da criança.

O nascimento de um filho é geralmente visto como fonte apenas de alegria e satisfação. Uma criança pode fortalecer ou enfraquecer os vínculos do casal. Com o nascimento de um filho, a atenção do casal é redistribuída com a criança. Mais frequentemente, o pai pode se ressentir da falta de atenção que a mulher lhe dá ou não compreende o

cansaço dela nos cuidados com a criança. O casal pode se sentir privado da liberdade que tinha antes, como também atribuir todos os problemas atuais, e até mesmo anteriores, ao nascimento da criança. A mulher pode se sentir afastada do mundo adulto, ao passar todo ou grande parte do seu dia com a criança e, então, invejar as atividades do marido.

O nascimento de uma criança estabelece novos papéis na família, como o de avós, tios, primos, entre outros. A ajuda da família extensa nos cuidados da criança é geralmente bem-vinda, desde que não interfira no modo como os pais decidiram educá-la. O arranjo de quem cuidará da criança deve ser feito, principalmente nesses tempos em que a mulher está cada vez mais integrada ao mercado de trabalho. Cuidados adequados devem ser providenciados. Atenção especial para quando filhos mais velhos são cuidadores dos mais novos, pois podem assumir papéis muito exigentes para a sua idade e criar rivalidade fraterna ao desrespeitar a hierarquia familiar.

As práticas educativas que serão utilizadas devem ser definidas pelo casal, que pode concordar ou discordar. Tais práticas são cruciais para o desenvolvimento da criança e do futuro adulto em que ela vai se transformar. Os pais podem utilizar mais de um estilo de parentagem, mas geralmente eles adotam um com mais frequência. A prática educativa com autoridade ou democrática tem sido indicada como a mais adequada. Quando entra para a escola o filho expõe a família, externamente. Habilidades e problemas serão identificados e a família pode ser chamada para avaliar a origem de problemas e para possíveis encaminhamentos (Quadro 3).

Quadro 3 - Práticas educativas ou estilos de parentagem

Prática educativa	Comportamentos dos pais
Autoritária	Muito exigentes e pouco responsivos. Muito controladores. Pouca atenção. Pouca comunicação. Neste caso, os filhos tendem a ser muito obedientes à regra ou se rebelam e podem ter baixa autoconfiança.
Com autoridade ou democrático	Cordialidade e afeto. Vigilância, atenção. Exigência de maturidade, responsabilidade. Comunicação adequada, diálogo. Neste caso, é mais frequente que o filho tenha comportamento social e escolar positivo.
Permissiva	Pouca exigência de maturidade. Pouco controle. Pouca comunicação. Pais indulgentes: muita atenção, do tipo laissez-faire, isto é, permitem tudo sem pedir responsabilidade. Neste caso, o uso/abuso de drogas dos filhos é mais frequente, assim como falta de engajamento escolar. Pais negligentes: pouca ou nenhuma atenção dos pais e não exigem responsabilidade. Neste caso, os filhos podem ter problema de autoestima e de competência, com mais frequência.

Fonte: Minas Gerais (2009)

A abordagem familiar do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2009) divide o estágio da família com filhos pequenos, como se verifica no Quadro 4, com sugestões de ações a serem realizadas.

Quadro 4 - Estágios do ciclo de vida - família com filhos pequenos

Estágio do ciclo de vida da família	Possibilidades de ações a serem realizadas	Ações de promoção e prevenção a serem ofertadas
Família com filhos pequenos.	Articular a inserção da família nas atividades da UBS visando ao acompanhamento das crianças.	Prestar informações aos pais sobre o desenvolvimento e crescimento da criança e a importância do relacionamento afetivo entre pais e filhos. Orientar sobre o calendário vacinal. Informar sobre a saúde geral.
Família com crianças em idade pré-escolar	Preparo da família para o enfrentamento da ida das crianças à escola. Orientar sobre as relações do casal na integralidade da família.	Estimular a participação dos pais no processo ensino-aprendizagem das crianças. Orientar quanto ao sentimento de “afastamento” dos pais na entrada da criança na escola. Fornecer informações sobre desenvolvimento da criança e sobre dentição.
Família com crianças em idade escolar	Trabalhar a transição de mudanças na escola e o papel dos pais na condução dessas mudanças.	Orientar os pais no acompanhamento do desempenho da criança na escola. Fornecer informações para os pais abordarem questões de sexualidade nessa fase de descobertas do corpo.

Fonte: Minas Gerais (2009)

Estágio 4: As famílias com filhos adolescentes

As tarefas deste estágio são:

1. Adaptação às mudanças nas características físicas e sexuais.
2. Formação de identidade do adolescente.
3. Autonomia e independência do adolescente.
4. Escolha vocacional.

De acordo com o Ministério da Saúde o início da adolescência ocorre aos 10 anos de idade e o seu final aos 19 anos. Há crescimento físico. O esqueleto cresce mais depressa que a musculatura, os membros superiores e inferiores podem ficar desproporcionais ao resto do corpo nessa fase; mãos e pés grandes, gerando aspecto desajeitado e desconforto. As pessoas, muitas vezes, se esquecem de que também foram ou

serão adolescentes e o criticam por sua aparência. O aspecto físico do adolescente pode ser fonte de sentimentos de inferioridade e inadequação, apresentando-se irritado e mal-humorado.

Somam-se às mudanças físicas o aparecimento dos caracteres sexuais secundários e o amadurecimento dos órgãos genitais. Nos meninos, as principais mudanças são o aparecimento ou aumento de pelos, mudança da voz, aumento do órgão genital e da massa muscular, assim como a ocorrência da primeira ejaculação. Nas meninas, há o arredondamento das formas, aumento das mamas, bem como o aparecimento e/ou aumento dos pelos e a ocorrência da menarca (primeira menstruação). A preparação adequada da menina para a ocorrência da menarca, assim como a percepção positiva da mãe de sua própria menstruação e feminilidade tendem a levar à boa aceitação dos ciclos menstruais e da própria feminilidade da filha.

O crescimento físico e amadurecimento psicológico não ocorrem necessariamente ao mesmo tempo, sendo as meninas geralmente mais precoces que os meninos. O atraso ou precocidade do desenvolvimento físico podem afetar o bem-estar emocional. A aparência física pode levar os adolescentes à realização de dietas ou de exercícios exagerados para sua correção, ao retraimento social e/ou à dedicação aos estudos.

O interesse pela sexualidade é crescente em ambos os sexos nessa fase. Hoje, a atividade sexual do adolescente é cada vez maior e mais precoce. Por um lado, é a fase de grandes modificações hormonais. Por outro, o senso de responsabilidade está se desenvolvendo. A responsabilização do adolescente está relacionada à prática educativa dos pais ou, ainda, à história transgeracional da família.

Outra tarefa dessa fase é a formação de identidade do adolescente. Os pais são as primeiras referências de identificação. Nessa fase, outros adultos e jovens são também modelos de identificação. Isto pode deixar os pais ressentidos e resistentes a compreender a necessidade do adolescente de formar sua própria identidade.

Ao longo do desenvolvimento, o indivíduo vai se tornando cada vez mais independente, o que os pais devem permitir. A “grande sacada” dos pais, nessa fase, é identificar as situações em que o adolescente precisa de apoio e ajuda daquelas que ele necessita ou já é capaz de ser independente. Em geral, o próprio filho dá a dica.

Ao mesmo tempo, a autonomia dos filhos libera os pais, especialmente a mãe, para que tenha mais tempo livre para si, para o seu trabalho e para suas relações. Nessa fase, normalmente, a vida profissional dos pais deve estar atingindo o seu ponto mais alto. Caso isto não aconteça, pode haver frustração com sua profissão e/ou diminuição do status com o cônjuge ou companheiro. Com o sucesso profissional, o cônjuge pode ser valorizado e atraente para o outro.

Em relação à mulher que fica no lar e com suas tarefas domésticas, à medida que os filhos precisam menos dela, pode ter seu *status* diminuído e sentir sua autoestima diminuída.

Nesse momento, os padrões de solução adequados a etapas anteriores do ciclo de vida da família podem não estar funcionando mais e uma crise pode surgir, com acréscimo de problemas como alcoolismo e violência. A necessidade do casal de interromper o relacionamento pode ocorrer.

A escolha vocacional é outra tarefa que normalmente se concretiza ao final da adolescência. Está intimamente ligada à formação da identidade e à aquisição de autonomia e independência. O indivíduo que já internalizou o que quer, o que gosta, o que tem afinidade e tem liberdade para expressar e viver essas preferências terá mais facilidade de escolher a carreira e a vida social e familiar que parece satisfazer à sua personalidade. A vocação tem sido entendida, especialmente pelos pais, somente pelo aspecto profissional. A vocação se refere a um estilo de vida pessoal, familiar e social que o indivíduo pretende ter. Esse foco restrito tem consequências no desempenho adulto.

A abordagem familiar do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2009) sugere algumas ações a serem realizadas com a família com adolescentes, como se vê no Quadro 5.

Quadro 5 - Estágios do ciclo de vida - família com adolescentes

Estágio do ciclo de vida da família	Possibilidades de ações a serem realizadas	Ações de promoção e prevenção a serem ofertadas
Família com adolescentes	Discutir a liberdade com responsabilidade, possibilitando o amadurecimento e a individualidade do adolescente. Reforço no sentimento de pertencimento dos laços de família.	Fomentar atividades grupais com os adolescentes para discussão sobre drogas e sexo. Trabalhar com o adolescente a importância das relações de longa permanência, afetividade, solidariedade e o seu papel nas gerações futuras.

Fonte: Minas Gerais (2009)

Estágio 5: Lançando os filhos e seguindo em frente - família constituída por casais de meia idade

As tarefas deste estágio são:

1. Mudanças no casamento.
2. Relacionamento adulto-adulto entre os filhos e seus pais;
3. Expansão dos relacionamentos familiares de modo a incluir os parentes por afinidade e os netos.
4. Resolução de relacionamentos com pais que estão envelhecendo.

Os filhos adolescentes que estarão iniciando a vida adulta nessa fase vão se direcionar para a vida profissional. Alguns filhos ainda permanecerão por um tempo em casa, mas outros já sairão de imediato, para estudar e/ou para viver um relacionamento estável, casamento ou outras formas. É necessário que pais e filhos estabeleçam um relacionamento entre adultos, o que ambos são agora. Os pais devem aceitar a independência dos filhos, apoiando as suas decisões e se interessando por suas iniciativas. As expectativas para os filhos e para as filhas podem ser diferentes, mas estas não devem interferir a ponto de contrariar os desejos dos filhos. A escolha do cônjuge pode refletir a facilidade ou dificuldade do filho de se tornar independente emocionalmente dos pais. A dificuldade de separação pode levar à escolha de parceiro

que seja um desafio aos pais ou que contribua para que ele evite e se afaste da família. A dificuldade no lançamento do jovem adulto, em geral, é responsabilidade tanto dos pais quanto do próprio jovem.

Com a diminuição do número médio de filhos por casal no Brasil, aproximadamente dois filhos por casal, a idade dos pais quando o último filho sai de casa diminuiu, assim como na época do casamento do último filho.

Com a saída dos filhos de casa, os pais/casal ficam sozinhos novamente, voltando-se um para o outro. Se o casal mantinha relacionamento satisfatório anteriormente, provavelmente a mudança na função do casamento será fácil. Se o casamento era principalmente voltado para a criação dos filhos, com dificuldade no relacionamento do casal, pode haver dificuldade de passar por esse estágio e ocorrer a separação. Pode acontecer do casal “segurar” um dos filhos no seu convívio para evitarem ficar a sós. Com o aumento da expectativa de vida, a idade da viuvez aumentou e, em consequência, o período de casamento dos pais.

Outros eventos, relativos a um ou ambos os parceiros, podem contribuir para a estabilidade ou instabilidade do casal nesse estágio, como a doença de um dos cônjuges ou de familiar idoso, a aposentadoria ou permanência no trabalho, a participação em ações comunitárias ou hobbies, a ajuda na criação dos netos, o companheirismo em atividades lúdicas, a realização de atividade física, o cultivo à espiritualidade, entre outros.

A abordagem familiar do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2009) sugere algumas ações a serem realizadas com a família constituída por casais de meia-idade, como se verifica no Quadro 6.

Quadro 6 - Estágios do ciclo de vida - lançando os filhos e seguindo em frente - família constituída por casais de meia-idade

Estágio do ciclo de vida da família	Possibilidades de ações a serem realizadas	Ações de promoção e prevenção a serem ofertadas
Família constituída por casais de meia-idade.	Prover informações sobre cuidados com a saúde e os principais riscos relacionados à idade. Discutir o sentimento de companheirismo. Trabalhar a saída dos filhos como não perdas. A importância de serem avós e o crescimento da nova família que se constitui com as novas gerações.	Discutir o processo de afastamento do trabalho com a aposentadoria. Sexualidade na terceira idade. O viver e o conviver junto nessa fase da vida. Discutir os processos de intolerância dos mais jovens e de tolerância com os idosos.

Fonte: Minas Gerais (2009)

Estágio 6: Famílias no estágio tardio da vida – família com casais em fase de envelhecimento

As tarefas deste estágio são:

1. Ajustamento à condição de aposentado e à viuvez.
2. Desempenho do papel de avô ou avó.
3. Enfrentamento da doença do parceiro ou a sua própria.

Nesse estágio, os relacionamentos devem ser atualizados: conflitos ou desapontamentos de estágios anteriores, que podem ter resultado em rompimentos ou imagens/expectativas congeladas, podem ser reconsiderados. Para a equipe de Saúde da Família é necessária uma reflexão para a superação de alguns estereótipos. O idoso é, muitas vezes, considerado à margem da sociedade, descartado como antiquado, rígido, aborrecido, inútil e incômodo.

Os relacionamentos familiares continuam sendo importantes na terceira idade: a maioria vive com os cônjuges ou parentes – filhos, irmãos e pais idosos, embora prefiram morar separado dos parentes. A necessidade de se colocar o idoso em uma instituição pode se constituir numa crise para a família: sentimento de culpa e abandono. A proximidade da família, mesmo em visitas breves ou contato por telefone, é importante para quem mora sozinho – intimidade à distância. A maioria dos idosos são mulheres viúvas (WALSH, 1995).

A abordagem familiar do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2009) sugere algumas ações a serem realizadas com a família envelhecendo, como se observa no Quadro 7.

PARA REFLETIR...

Nós temos quase tanto pavor de envelhecer quanto de não viver o suficiente para chegar à velhice (WALSH, 1995).

Seção 2

Ações de acordo com o ciclo de vida

Quadro 7 - Estágios do ciclo de vida da família “casais em fase de envelhecimento”

Estágio do ciclo de vida da família	Possibilidades de ações a serem realizadas.	Ações de promoção e prevenção a serem ofertadas.
Família com casais em fase de envelhecimento.	Discutir o envelhecer como um processo dinâmico e natural. Trabalhar o sofrimento de perdas, o morar sozinho, a valorização da vida.	Oferecer oportunidades de participação em grupos na comunidade, atividades de promoção, como as caminhadas, etc.

Fonte: Minas Gerais (2009)

Vamos ver, a seguir, algumas situações típicas desse estágio e que têm muita importância para a atenção à família com pessoas idosas.

Aposentadoria

A aposentadoria pode significar perda de papéis profissionais, produtividade e relacionamentos significativos. Desejada ou compulsória poderá afetar o ajustamento. A perda do papel de provedor familiar e redução provável nos rendimentos podem agravar a situação. Uma situação comum hoje, no Brasil, é o salário de aposentado ser um dos suportes financeiros da família. As mulheres podem ter dificuldade com a aposentadoria do marido, com a perda do *status* e da rede social do trabalho dele, assim como mudanças de residência pela perda econômica. A maior tarefa é a incorporação do homem aposentado dentro de casa. As mulheres terão menos dificuldade se mantiverem seu papel no lar. Possibilitar a expressão de sentimentos, medos e preocupações, estabelecendo comunicação aberta com o parceiro, pode levar à reformulação da relação e dos papéis de cada um.

Viuvez

As mulheres têm quatro vezes mais possibilidades de enviuvar do que os homens, em uma idade menos avançada que eles. O sentimento de perda, desorientação e solidão contribui para o aumento nos índices de morte e suicídio no primeiro ano de viuvez, principalmente entre os homens, porque é a mulher que faz o contato social na casa. As mulheres possuem recursos financeiros limitados e é menos provável que encontrem um parceiro, ao contrário dos viúvos que mais frequentemente voltam a se casar. Uma variável crítica do recasamento, para ambos, é o relacionamento com os filhos e sua aprovação do novo casamento, que pode ser visto como deslealdade ao falecido, interesse financeiro do novo cônjuge e partilha indesejada de bens. As viúvas

ou viúvos devem elaborar o luto pela perda do parceiro, por um processo que parece compreender três fases:

1. Inicialmente, o (a) viúvo (a) deve desatar os laços com o cônjuge, transformando as experiências compartilhadas em lembranças; é importante a expressão manifesta da tristeza e da perda.
2. Em seguida, a atenção do (a) viúvo (a) tende a se voltar para as demandas da realidade, o funcionamento cotidiano e para o manejo da estrutura doméstica.
3. Ao final, o(a) viúvo(a) tende a se interessar por novas atividades e por outras pessoas.

É importante respeitar a evolução das fases do(a) viúvo(a), mas também ficar atento para que a evolução ocorra.

Condição de avós

A condição de avós pode trazer um “novo arrendamento de vida” (WALSH, 1995) ao satisfazer o desejo de sobreviver, reviver as próprias experiências anteriores de criação dos filhos, revisar e aceitar a própria vida, especialmente o papel de pais. Os avós e netos podem usufruir de um vínculo especial que não é complicado pelas responsabilidades, obrigações e conflitos do relacionamento pais-filho. Entretanto, não é desejável que haja alianças entre netos e avós em oposição aos pais.

Doença e dependência

Relembremos aqui os cinco gigantes da geriatria caracterizados no módulo Saúde do Idoso e para os quais devemos estar atentos: a iatrogenia; a incontinência urinária; a instabilidade postural, quedas e fraturas; as doenças neuropsiquiátricas (depressão, insônia, demências e delirium); e a síndrome de imobilidade (CHAIMOWICZ, 2009).

O cuidado dos idosos não é mais exclusivamente da mulher, devido à sua inserção no mercado de trabalho, o que leva à negociação do cuidado. Em uma família funcional, as necessidades de dependência dos pais idosos não geram “reversão de papel”, isto é, os filhos se mantêm nos seus papéis e não se tornam pais dos próprios pais. Aceitar o papel filial é assumir a responsabilidade pelo que pode, o que não pode ou o que não se deve fazer pelos pais. Se o filho for muito ansioso pode proteger o idoso excessivamente, o que o torna mais desamparado e incompetente. Para os cônjuges, a doença de um pode levar ao desequilíbrio no relacionamento conjugal.

A doença é uma tarefa difícil para a família, seja pelo tempo da enfermidade, seja pela necessidade de tomar decisões sobre vida versus facilitar a morte. A adaptação familiar à perda envolve luto compartilhado e reorganização do sistema de relacionamento familiar. A negação, o silêncio e o segredo costumam ser disfuncionais. A morte do último membro de uma geração é um marco, indicando que a próxima geração é a mais velha. Importante avaliar o impacto da morte nos netos, que geralmente experienciam a morte pela primeira vez.

Atenção ao idoso e sua família

Os profissionais da equipe de Saúde da Família devem estar atentos às necessidades dos idosos e de suas famílias, como as famílias responderam aos imperativos da terceira idade e, especialmente, superando questões relativas à invisibilidade dos problemas e o preconceito profissional.

Por invisibilidade, pode acontecer que:

- Doenças orgânicas são mais cuidadas e o sofrimento mental, como depressão, insônia, demências e delirium, é geralmente considerado decorrente do quadro somático.
- O círculo vicioso família superfuncionando/paciente subfuncionando apressa e perpetua os sintomas de senilidade.
- O profissional aceita, erroneamente, que não existe família ou que esta não é importante: desenhar um genograma com uma pessoa idosa pode ser útil para identificar pessoas significativas e vínculos de apoio potenciais.
- Os problemas dos membros idosos podem ajudar a entender as dificuldades das gerações mais jovens.

Em relação à atitude dos profissionais, evitar os seguintes preconceitos contra a velhice:

- Os idosos são resistentes à mudança ou são não tratáveis.
- Os problemas funcionais são considerados parte natural e irreversível da idade.
- O rótulo de senilidade é generalizado: todos os idosos têm os mesmos problemas.
- Programas são geralmente delineados para os mais jovens.

Segundo Fernandes e Curra (2006), a família de classe popular possui somente três etapas no ciclo de vida. Em decorrência da situação socioeconômica, elas precisam se adaptar a diversos problemas devido às suas necessidades, levando a mudanças no padrão de ciclo de vida, com encurtamento das fases. Em sua área, já deve ter percebido esse fato; isto ocorre, por exemplo, quando uma filha menor engravida e passa a constituir uma nova família dentro da casa de seus pais. Outro exemplo é quando a mãe sai para trabalhar e deixa seus filhos menores sob os cuidados da filha mais velha. Nesses dois exemplos houve superposição de papéis em idades inadequadas, diminuindo as etapas dos ciclos de vida descritos anteriormente.

Vamos conhecer essas etapas nas famílias de classe popular ou de baixa renda (FERNANDES; CURRA, 2006):

1. Família composta de adulto jovem – os adolescentes são colocados precocemente no mercado de trabalho a fim de prover o sustento de si próprio e às vezes de sua família de origem;
2. famílias com filhos pequenos – geralmente convivendo com o sistema familiar de origem, desempenhando vários papéis ao mesmo tempo – formação do sistema conjugal, assumir o papel de pais e reorganização dos papéis junto à família de origem;
3. família no estágio tardio – os avós mantêm o papel central, na função de prover a prole e educar os netos. Essa configuração é a que vê crescendo ao longo dos anos, devido à inserção da mulher no mercado de trabalho, às dificuldades financeiras e à instabilidade da instituição casamento.

Carter e McGoldrick (1989) propõem o Quadro 8, que estabelece a comparação entre os estágios do ciclo de vida familiar nas famílias de nível profissional, isto é, famílias que têm a perspectiva de que os filhos façam um curso universitário; e as famílias de baixa renda, que têm a expectativa do término do 2º grau.

Quadro 8 - Comparação dos estágios de ciclo de vida entre famílias “profissionais” - universitárias - e famílias de “baixa renda”

Idade	Possibilidades de ações a serem realizadas	Ações de promoção e prevenção a serem ofertadas
12 a 17	Evitam a gravidez. Terminam o segundo grau. Pais continuam a sustentar enquanto permitem que os filhos obtenham mais independência.	Primeira gravidez. Tentam terminar o segundo grau. Pais tentam rígido controle antes da gravidez. Depois da gravidez, o controle é relaxado e a nova mãe e o bebê continuam a ser sustentados.
18 a 21	Evitam a gravidez. Saem da casa paterna para a faculdade. Adaptação à separação pais-filhos.	Segunda gravidez. Nenhuma instrução adicional. A jovem mãe adquire status adulto na casa paterna.
22 a 25	Evitam a gravidez. Desenvolvem identidade profissional na faculdade. Continuam separados da casa paterna. Começam a viver um relacionamento sério.	Terceira gravidez. Casamento: saem da casa paterna para constituir uma família com padrasto. Continuam conectados com a rede familiar.
26 a 30	Evitam a gravidez. Casamento – desenvolvem um casal nuclear separado dos pais. Intenso envolvimento com o trabalho quando a carreira começa.	O casal se separa. A mãe se torna a chefe da própria família dentro da rede familiar.
31 a 36	Evitam a gravidez. Renovam o contato com os pais como avós. Papéis diferenciados na carreira e na criação dos filhos entre marido e mulher.	Primeiro neto. A mãe se torna avó e cuida da filha e do bebê.

Fonte: Adaptação de Carter e McGoldrick (1989)

Com a crise no mundo do trabalho, famílias se vêm abaladas pelo desemprego estrutural. Mulheres vão para o mercado de trabalho, não para complementar a renda familiar, mas como responsáveis principais pelo orçamento doméstico. Entre as famílias pobres, o desemprego é muito mais frequente. A baixa qualificação da mão-de-obra, o analfabetismo total ou funcional, a suscetibilidade e a prevalência de doenças e outros acometimentos levam à desproteção dos adultos e sua prole. Essa situação compromete os vínculos familiares internos e externos, do ponto de vista psicossocial e econômico. A figura paterna fica destituída de seu papel tradicional de provedor e protetor. Os filhos perdem a confiança em seus pais e na sociedade que os desqualifica. As mães, mesmo sendo provedoras, têm dificuldade de garantir sozinhas

a unidade e a proteção familiar. O trabalho que possuem produz ganho insuficiente e ressalta a incapacidade sua e de seus companheiros de se colocarem no mercado de trabalho, contribuindo para dificuldades de relacionamento. Soma-se a essa situação a violência urbana, geralmente produzida pelo uso e tráfico de drogas e pelo crime organizado. Daí a necessidade de se desenvolver formas de trabalho com as famílias nas diferentes situações, consideradas as diferenças que cada estágio do ciclo de vida da família exige.

VAMOS EXERCITAR A NOSSA MEMÓRIA E OS

CONHECIMENTOS ADQUIRIDOS

Aplicando o ciclo de vida: o caso da família de Mário e Rita

Mário, 65 anos, casado com Rita, 60 anos, acabou de se aposentar. Mário teve um acidente vascular cerebral (AVC) há um mês, tem hipertensão arterial sistêmica (HA) de longa data; sempre teve dificuldade para se tratar, era caminhoneiro. Não fazia dieta, tomava a medicação somente quando se sentia mal. Como se alimentava fora de casa, comia o que tinha em restaurantes à beira da estrada. Não fazia atividade física regular pelo mesmo motivo. Em suas palavras, “nunca teve tempo para se cuidar”, era casado e seu papel era ser o provedor da família. “Agora tem que seguir as ordens da esposa, do médico e até do cachorro...”. Sua diversão é a TV.

Rita, dona-de-casa, viveu toda sua vida em função dos filhos, nunca trabalhou fora. Cuida dos netos para que suas filhas possam trabalhar. Elas são três filhas e nenhuma teve sorte no casamento, todas se divorciaram. A filha mais velha (Adriana, nascida em 1971) é a única que mora em outra casa, que conseguiu comprar, com o filho de 12 anos. As outras filhas (Luciana – 1974 e Fabiana – 1976) e três netos – três meninos de nove, sete e quatro anos, sendo os mais novos os de Fabiana, moram com ela. Pouco se falam, pois todas chegam cansadas do trabalho e logo adormecem. Segundo Rita, ela atende a todas as necessidades do lar – lava, passa, cozinha. Tem se sentido perdida, não sabe bem como lidar com o dinheiro, sempre foi o papel do marido. Sente-se muito cansada, pois seu marido se nega a tomar a medicação e comer com pouco sal. Está irritada e dorme muito mal. Ao conversar com o marido sobre a necessidade de fazer dieta, ele responde que quem sabe da vida dele é ele, e não o médico. Rita é religiosa, quase uma beata, segundo seu marido; ela vai ao culto de sua Igreja toda semana. As irmãs de Rita a auxiliam sempre que podem. Mário não as respeita, acha que Marilda e Adelaide, as cunhadas, se intrometem muito na vida do casal. Rita se irrita com o comentário e diz que as irmãs e a Igreja são os elementos que a ajudam em sua rotina. O casal não frequenta clubes ou outras associações. Os pais de ambos morreram de problemas no coração.

Análise as questões de acordo com os seguintes itens

VAMOS ANALISAR AS QUESTÕES

O subsistema familiar (os estágios): Rita e Mário estão mudando de estágio no ciclo de vida e estão com dificuldade de se adaptarem a essa nova fase.

Em qual estágio do ciclo de vida eles estão entrando? Quais tarefas devem ser cumpridas nesse estágio? Que situações diferentes estão ocorrendo nessa etapa?

Mudança e adaptações: quando ocorrem mudanças significativas, especialmente na transição dos estágios do ciclo de vida, a dificuldade de realizar novas adaptações pode levar a diferentes problemas. Esses problemas podem ser de natureza física, psicológica, social, entre outros. No caso da família de Mário e Rita, eles estão com dificuldade em desempenhar seus papéis.

Cabe à equipe de saúde ajudar a família a construir estratégias para se adequar à nova situação. Seu papel é ajudar a família a evoluir para o próximo ciclo de vida. Como a equipe pode ajudá-los? Como ajudar Mário a aceitar seu novo papel e condição de saúde?

Outros subsistemas: considere as situações de outras pessoas na família ampliada (Adriana e seu filho, Luciana e seu filho e Fabiana e seus filhos, etc.).

Quais são os grupos (subsistemas) de pessoas e em que etapa do ciclo de vida se encontram? Como você avalia o cumprimento das tarefas de cada um desses grupos?

Guarde seu trabalho na sua área de trabalho para consultas, se necessário.

Unidade 4

Ferramentas de abordagem familiar

Unidade 4

Ferramentas de abordagem familiar

As ferramentas de abordagem familiar devem ter por finalidade a representação gráfica da estrutura familiar e a abordagem diagnóstica, sendo aplicadas segundo as necessidades apresentadas pelas famílias.

Para tanto, ao final desta unidade você deverá ser capaz de:

- Conhecer as ferramentas de diagnóstico familiar.
- Identificar as ferramentas: genograma, ecomapa, FIRO, PRACTICE e APGAR familiar e Conferência Familiar e a sua aplicabilidade as situações de vida familiar.

Seção 1

Genograma

O genograma é uma ferramenta de representação gráfica da família. Nele são representados os diferentes membros da família, o padrão de relacionamento entre eles e as suas principais morbidades. Podem ser acrescentados dados como ocupação, hábitos, grau de escolaridade, entre outros, de acordo com o objetivo do profissional e dados relevantes da família. Enfim, é um diagrama em que está representada a estrutura familiar.

A demonstração gráfica da situação permite que o profissional que atua na atenção à família pare e reflita sobre a dinâmica familiar, os problemas mais comuns que a afligem e o enfrentamento dos mesmos pelos membros da família. Apresentamos para você, agora, algumas das regras para a elaboração do genograma.

1.1. Regras para elaboração do genograma

O genograma possui dois elementos fundamentais, os estruturais e os funcionais, apresentados a seguir.

Os elementos estruturais trazem as informações relativas à composição familiar, data de nascimento, grau de escolaridade, ocupação, hábitos, doenças, mortes, separações, etc. Os elementos funcionais mostram a dinâmica funcional da família.

É preciso observar regras básicas na construção do genograma, como:

- Utilizar simbologia padrão, utilizando símbolos e siglas.
- Representar pelo menos três gerações.
- Iniciar com a representação do casal e seus filhos.
- Indicar o ciclo vital da família.
- Representar as relações familiares.
- Indicar os fatores estressores, como doenças e condições.
- Obedecer à cronologia de idade – dos mais velhos para os mais novos.

1.2 Construindo o traçado da estrutura familiar

A base do genograma é a representação dos diferentes elementos da família, como eles estão biológica ou legalmente ligados entre si. As figuras – símbolos e siglas (Figura 4) representam as pessoas e as linhas, as relações.

Figura 4 - Símbolos e siglas que representam as pessoas e linhas, nas relações no geograma

Siglas das patologias ou condições mais frequentes				Símbolos do Genograma			
Hipertensão arterial	HA	Deficiência mental	DEFMENT.	Cliente entrevistado		Ligação sanguínea	
Diabete	DIA	Deficiência	DEFMULT.	Homem		Ligação não sanguínea	
Hanseníase	HAN	Gestante alto risco	GAR	Mulher		Ligação distante	
Tuberculose	TB	Idoso frágil	ID.FRAG.	Gravidez		Ligação próxima	
HIV	HIV	Recém-nascido	RN	Aborto		Ligação estreita	
AIDS	AIDS	Prematuro	RNPT	Óbito		Separação	
Uso de substâncias lícitas ou ilícitas / Drogas	DROG	Baixo peso	RNBP	Casal com filhos		Ligação conflituosa	
Alcoolismo	ALC	Anemia	ANE	Gêmeos		Adoção para dentro da família	
Transtorno mental	TME	Ostomia	OST	Gêmeos idênticos		Adoção para fora da família	
Câncer	CA	Tabagismo	TAB	Linha contínua, indicando indivíduos que vivem juntos			
Doença / Acidente do trabalho	DAT	História de câncer bucal	HCAB				
Desnutrição	DESN	Atividade de	ADB				
Obesidade	OBES	Fluorose moderada / severa	FL				
Atraso desenvolvimento neuropsicomotor	ATDNPM	Hábitos bucais nocivos (especifi-	HBN				
Asma	ASM		FAVB				
Hipotireoidismo	HIPOT						
Deficiência física	DEFIS						
Deficiência auditiva	DEFAUD						
Deficiência visual	DEFVIS						

Fonte: Minas Gerais (2009)

1.3 Que informações devem ser registradas?

No genograma devem ser registrados três tipos de informações:

- Informações demográficas – data de nascimento e de mortes, profissão, grau de escolaridade. As idades devem ser colocadas junto às respectivas figuras.
- Informações sobre o funcionamento – anotar os dados a respeito do estado de saúde, qualidade das relações, comportamentos e emoções.
- Eventos críticos – anotar todos os eventos marcantes na família, como morte, nascimento, casamento, doenças graves, separação, mudança de cidade, entre outros.

1.4 Quando construir o genograma?

Como toda ferramenta, esta também tem sua aplicabilidade. Pode ser utilizada por todos os membros da equipe, mas não deve ser feita como uma tarefa sem objetivo.

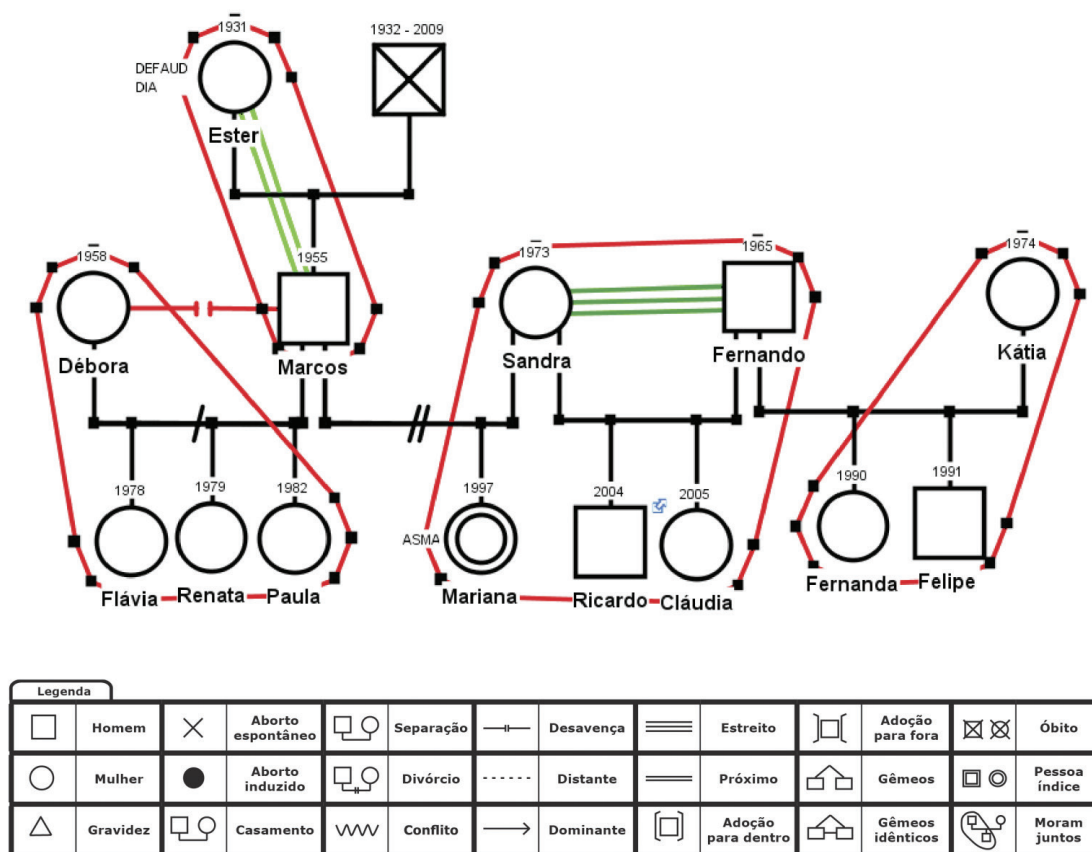
As situações indicadas para sua utilização são:

1. Sintomas inespecíficos.
2. Utilização excessiva dos serviços de saúde.
3. Doença crônica.
4. Isolamento.
5. Problemas emocionais graves.
6. Situações de risco familiar, por violência doméstica ou drogadição.
7. Mudanças no ciclo de vida.
8. Resistência ao tratamento ou dificuldade para aceitar o diagnóstico.
9. Alteração nos papéis familiares, por eventos agudos.

1.5 Qual a contribuição do genograma?

Segundo Rebelo (2007), o genograma permite conhecer o indivíduo em seu contexto familiar e a influência da família em sua vida; conhecer as doenças mais frequentes na família e o padrão de repetição das mesmas, possibilitando ações efetivas de promoção de saúde nos seus descendentes; além de permitir ao profissional conhecer e explorar junto aos familiares suas crenças e padrões de comportamento. Tem valor não só diagnóstico como também terapêutico. E, finalmente, avalia até que ponto o padrão de relacionamento é saudável ou funcional ou se contribui para o adoecimento dos seus membros.

Figura 5 - Genograma – família de Mariana.



Fonte: Elaborado pelas autoras

Vimos na Figura 2 (Unidade 2, Seção 2) o genograma da família de Mariana em uma forma mais simplificada. Vejamos agora, na Figura 5, um registro mais detalhado. Você comparou os registros da Figura 1 com a Figura 2. Compare agora o genograma detalhado da Figura 5 com as informações sobre a família de Mariana, nossa pessoa-índice.

1. Marcos (1955 – 56 anos) foi casado com Débora (1958 – 53 anos), com quem teve as três filhas Flávia (1978 – 33 anos), Renata (1979 – 34 anos) e Paula (1982 – 29 anos), que vivem com a mãe.
2. Marcos, após separar-se de Débora, casou-se com Sandra, com quem teve a filha Mariana (1997 – 14 anos), nossa pessoa-índice (PI), que se queixa de crises reentrantes de asma (ASMA), sendo frequentadora habitual da Unidade de Saúde e dependente de broncodilatadores, corticosteroides e outros medicamentos. Marcos separou-se de Sandra, com quem tem relações conflituosas. O genograma mostra sua mãe Ester (1931 – 80 anos), com quem mora e tem relação próxima. Ester tem deficiência auditiva (DEFAUD) e diabetes (DIA). O pai de Marcos (1932 - 2009) faleceu com 77 anos.

3. Sandra está casada com Fernando (1965 – 46 anos), com quem tem relação muito estreita, e dois filhos pequenos, Ricardo (2004 – 7 anos) e Cláudia (2005 – 8 anos).
4. Kátia é ex-mulher de Fernando, com quem teve os filhos Fernanda (1990 – 21 anos) e Felipe (1991 – 20 anos).

Dessa situação, pode-se verificar que:

Mariana, nossa pessoa-índice, é uma adolescente de 14 anos, com asma rebelde. Mora com sua mãe (Sandra), seu padrasto (Fernando) e seus dois meio-irmãos (Ricardo e Cláudia). Sandra e Fernando são muito ligados, mas Sandra tem relação conflituosa com o pai de Mariana.

O estudo desse genograma permite várias perguntas:

- O que a asma “rebelde” de Mariana tem a ver com sua família?
- O que a compreensão dessas relações pode ajudar em uma ação de controle do quadro respiratório crônico?
- Como é o ambiente familiar em casa de Mariana? Que outras informações podem ser obtidas para ajudar a entender as relações familiares e a doença de Mariana?

Seção 2

Ecomapa

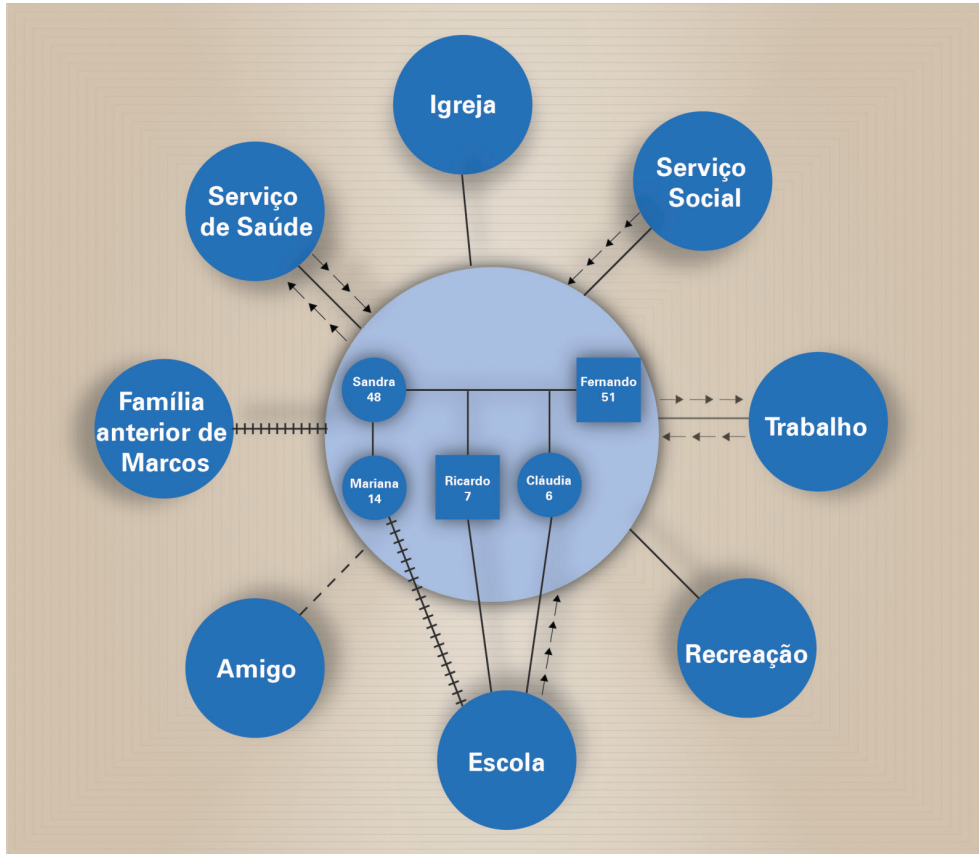
Quando elaboramos a rede social da família – que pode ser representada por sua família imediata – estamos fazendo o ecomapa, que é o desenho complementar ao genograma na compreensão da composição e estrutura relacional intrafamiliar e a relação com o meio que a cerca. Ao construir o ecomapa é necessário colocar todos os suportes da família: trabalho, igreja, grupos comunitários, clubes, vizinhança e outros que a família cite como estrutura de apoio. Uma família que tem poucas conexões com a comunidade e entre seus membros necessita de mais investimentos da equipe de Saúde da Família, para melhorar seu bem-estar.

Veja na Figura 6 que os membros da família e suas idades são mostrados no centro do círculo. Os círculos externos mostram os contatos da família com a comunidade. As linhas indicam o tipo de conexão: linhas contínuas representam ligações fortes; linhas pontilhadas, ligações frágeis; linhas com barras, aspectos estressantes. As setas significam energia e fluxo de recursos. Ausência de linhas significa ausência de conexão.

A Figura 6 demonstra que a relação do serviço social com a família também é intensa; contudo, a família não demonstra reciprocidade. As barras, na linha que liga o genograma à família de origem de Sandra, indicam que as relações entre as duas famílias são estressantes. As mesmas barras estão presentes na ligação entre Mariana e a escola, significando, também, relações estressantes. A relação de Sandra com a escola de seus filhos é frágil, embora o gráfico demonstre que a escola procura intensificar o fluxo de relação com ela. Os dois outros filhos mantêm relações adequadas com a escola. Há indicação de uma relação frágil da família com seus amigos e relação adequada com a Igreja e atividades de recreação.

O ecomapa da família de Sandra e Fernando demonstra o forte fluxo de energia e recursos com o serviço de saúde e trabalho. As setas nos dois sentidos significam que esse fluxo é recíproco, os serviços de saúde estão direcionados para a família, assim como a família está direcionada para os serviços. Essa relação ocorre também com o trabalho.

Figura 6 - Representação convencional de ecomapa



Fonte: Elaborado pelas autoras

Pode-se usar de forma combinada o genograma com o ecomapa, como se pode ver na Figura 6.

VAMOS TESTAR OS NOSSOS CONHECIMENTOS: APLICANDO A FERRAMENTA DO GENOGRAMA E ECOMAPA

Leonardo, 7 anos, vem trazido pela mãe, Kelly, 24 anos. Segundo ela, Leonardo tem apresentado um comportamento “hiperativo, agitado na escola”. Esse comportamento existe há quatro anos e tem piorado no último, quando Leonardo mudou para a Escola Municipal do Bairro onde mora. Kelly foi chamada lá, e desde então tem conversado muito com a Pedagoga da Escola, Sandra, de quem gosta muito.

Kelly está tensa com essa situação, porque sua sogra “tem cobrado muito dela” porque ela “tem que dar mais atenção para ele”. Kelly, moradora da rua B na casa 203C, está na área de abrangência há sete anos, ao mudar-se para morar com sua tia. Sua tia faleceu há cinco anos, não tendo Kelly nenhum familiar ascendente na região. Há sete anos conheceu Roberto (de 42 anos e hipertenso), seu esposo e pai dos três filhos Leonardo, Ricardo de 5 e Clara de 4 anos.

CONTINUADO A PROPOSTA...

Kelly relata que se sente sozinha em casa quando Roberto vai trabalhar, tem chorado muito, pressionada pelas contas a pagar, sua solidão e a situação de Leonardo. Kelly reclama da dificuldade que tem sido marcar uma consulta aqui no Centro de Saúde Esplendor, mesmo comparecendo por 3 vezes no acolhimento.

No mesmo lote, onde mora Kelly, também mora a Maria (diabética e obesa), mãe de Roberto (na 203A) e Fernanda (203B). Fernanda é irmã de Roberto e mora com seu namorado Caio, pai do seu terceiro filho, Marilson de 2 anos e seus outros dois filhos (de outro casamento), João Vitor de 8 anos e Gustavo de 7 anos.

A casa de Kelly tem quatro cômodos, sendo dois quartos, uma sala/cozinha e um banheiro, totalizando 40m². O chão é de cimento, com telhado de amianto sem forro e o terreno em volta é bastante apertado. Eles moram em uma região com IVS (Índice de Vulnerabilidade em Saúde) elevado. Não há no loteamento, com as três casas, espaço externo livre maior do que 10 m², dificultando as brincadeiras das crianças.

Kelly ainda frequenta a Igreja da Libertação na Quarta e Domingos e participa de um curso de Artesanato as terças e quintas no CRAS local, onde tem grande felicidade em estar e na sexta faz faxina para melhorar o rendimento da casa. Kelly não faz atividade física e relata estar se preocupando cada vez mais com seu peso e como tem engordado nos últimos tempos

Construa o genograma da família de Kelly, de acordo com os dados relatados no caso, colocando todas as informações dos indivíduos e das relações entre eles, focando Mário como a pessoa-índice. Construa também o ecomapa. Represente apenas a família nuclear, colocando-a dentro de um círculo ou oval e indicando sua rede de relacionamentos de apoio, caracterizando essas relações. Utilize os mesmos símbolos relacionais usados para a construção do genograma.

Você pode realizar também o genograma de sua família ou família conhecida.

Utilize o álbum de família para construir o genograma.

Você teve dificuldades? Repita caso deseje assimilar melhor esta etapa de construção das ferramentas.

PROPOSTA: CONSTRUIR UM GENOGRAMA

Seção 3

Outras ferramentas

3.1 F.I.R.O.

(*Fundamental Interpersonal Relations Orientations*)

“Orientações Fundamentais nas Relações Interpessoais”

As “Orientações Fundamentais nas Relações Interpessoais” – *Fundamental Interpersonal Relations Orientations* (FIRO) – procuram avaliar os sentimentos de membros da família, na vivência das relações do cotidiano.

Esta ferramenta deve ser utilizada em quatro situações, segundo Ditterich; Gabardo e Moysés (2009, p. 121):

1. Quando as interações na família podem ser categorizadas nas dimensões inclusão, controle e intimidade, ou seja, a família pode ser estudada quanto às suas relações de poder, comunicação e afeto;
2. Quando a família sofre mudanças importantes ou ritos de passagem, tais como descritos no ciclo de vida, e faz-se necessário criar novos padrões de inclusão, controle e intimidade;
3. Quando a inclusão, o controle e a intimidade constituem uma sequência inerente ao desenvolvimento para o manejo de mudanças da família;
4. Quando as três dimensões anteriores constituem uma sequência lógica de prioridades para o tratamento: inclusão, controle e intimidade.

SIGNIFICADO DE CADA TERMO-CHAVE

Inclusão: permite conhecer a dinâmica de relacionamento na família, como ela se organiza para enfrentar as situações de estresse, o papel de cada membro e como são a interação e participação de cada um dos membros da família. Vamos voltar nossa reflexão para nossa própria família – como nos organizamos ao enfrentar um problema, quem apoia, quem se afasta, como nos comunicamos?

Controle: mostra como é exercido o poder na família. Ele pode ser: dominante – um exerce o poder sobre toda a família; reativo – ocorre reação contrária a alguém que deseja exercer o papel de dominância; colaborativo – compartilhamento de poder entre os membros da família.

Intimidade: como os membros da família se unem para compartilhar entre si os sentimentos.

Essa ferramenta é útil quando, por qualquer motivo, houver mudança de papéis na família. Por exemplo: quando o chefe da família perde seu emprego e passa a ser sustentado pela esposa, deverá haver negociação dos papéis de cada membro da família. Se tal fato não se verificar, pode gerar sentimentos de inutilidade em um membro e sobrecarga de outro, levando a algum tipo de disfunção na família ou até mesmo a um problema orgânico em qualquer membro dessa família.

3.2 P.R.A.C.T.I.C.E

(Problem, Roles, Affect, Communication, Time, Illness, Copying, Ecology) “Problema, Papéis, Afeto, Comunicação, Tempo, Doença, Lida, Ecologia”

Instrumento que permite a avaliação do funcionamento das famílias. Esse instrumento facilita a coleta de informações e entendimento do problema, seja ele de ordem clínica, comportamental ou relacional, assim como a elaboração de avaliação e construção de intervenção, com dados colhidos com a família, facilitando o desenvolvimento da avaliação familiar.

O PRACTICE é ferramenta que pode auxiliar na atenção ao indivíduo e sua família e deve ser utilizado em situações mais complexas para resolver algum problema que a família apresenta. Deve ser aplicado em reuniões familiares, sendo que o profissional tem que

ESTRUTURA DO P.R.A.C.T.I.C.E

- P- Problema (*Presenting problem*)

Permite que a equipe conheça o problema da família e o que os diferentes membros da família pensam e sentem a respeito do fato.

- R- Papéis e estrutura (*Roles and structure*)

Permite conhecer quais os papéis de cada membro da família e como eles o desempenham.

- A - Afeto (*Affect*)

Como se dá a troca de afeto na família e como isto afeta, positiva ou negativamente, a resolução do problema.

- C- Comunicação (*Communication*)

Como é feita a comunicação verbal e não verbal no contexto da família.

- T- Tempo (*Time of life cycle*)

Procura correlacionar o problema apresentado com os papéis esperados no ciclo de vida da família, procurando verificar onde está situada a dificuldade.

- I - Doenças na família, passadas ou presentes (*Illness in family*)

Nesta seção resgatam-se as doenças vividas anteriormente pela família, como foi feito o cuidado, buscando valorizar as atitudes de cada membro da família, demonstrando a importância do suporte familiar no cuidado de um membro da família.

- C - Lidando com o estresse (*Coping with stress*)

Procura identificar os recursos utilizados pela família para lidar com situações anteriores de estresse e como utilizar esses recursos para enfrentar a crise presente.

- E - Ecologia (*Ecology*)

Procura conhecer os suportes externos que possam apoiar a família nessa situação atual – igreja, vizinhos, enfim, a rede social de apoio –, além dos aspectos estruturais, como saneamento, renda, grau de escolaridade, moradia, transporte.

ter a clareza de que só uma entrevista familiar será insuficiente para se construir com a família soluções para resolução do problema apresentado.

Aplicando o P.R.A.C.T.I.C.E

Vamos retomar a família de Mário e Rita, da qual você fez o genograma e o ecomapa e utilizar o PRACTICE como um instrumento de ajuda ao estabelecimento de condutas.

Vamos identificar os pontos da ferramenta PRACTICE em relação à família de Mário e Rita, obtidos na entrevista com Mário, Rita e a filha mais velha, pois as outras não puderam participar, pois “tinham outras coisas a fazer”:

- P – Problema (problem): falta de adesão ao tratamento
Ao realizar a entrevista, Mário informa que se sente mal, pois nunca teve que seguir ordens e agora até sua comida é supervisionada. Sente-se limitado, pois não consegue nem tomar banho sozinho. Rita diz se sentir sobrecarregada e irritada com as atividades, pois seu marido nada faz do que ela manda e ainda duvida de sua competência para lidar com a economia doméstica. Sofia, sua filha, não sabe bem como ajudar, pois tem seu filho e casa, além do seu trabalho. Reconhece como deve estar sendo difícil para sua mãe aguentar tudo sozinha. Suas irmãs em nada colaboram.
- R – Papéis (roles)
Mário era o provedor, aquele que exercia o controle da família, agora sabe que nada mais pode fazer e tem que obedecer às ordens da esposa. Rita era a mãe da família, aquela que exercia o cuidado, agora ela assumiu mais um papel, que é o do controle econômico e do cuidado de um doente. Sofia é a filha que mais ajuda a mãe. Sempre que pode, compra algum presente para a mãe, além de ajudá-la nas tarefas da casa.
- A – Afeto (affect)
Mário nunca foi muito afetuoso, sempre ausente nas decisões familiares, nunca teve tempo. Rita sempre foi cuidadosa com sua prole, mas também não podia ser muito carinhosa com as filhas, ela tinha que exercer o papel de pai e mãe, já que acreditava que somente assim suas filhas iriam obedecer-lhe. Sofia acredita ser carinhosa com a mãe, sente muita raiva das irmãs – acha que elas abusam da bondade da mãe.
- C – Comunicação (communication)
Rita sente que sua autoridade como dona da casa está ameaçada pela presença constante do marido, que agora quer mandar em casa, como se ela não soubesse administrá-la. Não consegue discutir algo com seu marido, que é um cabeça-dura e logo perde a paciência. Quando isto ocorre, ela vai cuidar dos seus afazeres e deixa o marido resmungando sozinho. Mário acha que deve ser obedecido em suas vontades, afinal ele é o homem da casa. Acha que Rita não soube criar as filhas, todas elas se perderam de uma forma ou de outra. Ele era mais feliz quando podia ficar fora de casa. Sabe que sua mulher tem dificuldade em estar com ele em casa. Mas é um direito seu estar ali. Sofia não consegue falar com o pai, ele é muito bravo.

- T – Tempo (time)

Agora nessa família está ocorrendo uma mudança no ciclo de vida, cujo pai até então mais jovem e provedor ausente da casa volta ao lar doente, envelhecendo e sem condições de sustentar a família.

- I – Doença (illness)

As doenças que acometeram a família foram as corriqueiras, nunca cuidaram de uma pessoa com doença mais grave. As internações foram motivadas pelos partos das filhas. Rita sente-se perdida, está tentando seguir todas as orientações do médico, do fisioterapeuta, do fonoaudiólogo, do farmacêutico. Rita nunca teve muita ajuda das filhas, conforma-se com isto: quem gosta de ficar perto de uma pessoa doente?

- C – Lidando com o estresse (coping)

Nessa família as pessoas lidam com o estresse da mesma forma, cada qual se isolando e resolvendo seus afazeres. Mário está lidando com o estresse com atitudes de rebeldia.

- E – Ecologia (ecology)

Rita tem recursos sociais importantes: a religião e sua família ampliada.

Agora você começou a conhecer a família e sua dinâmica. Como pode perceber, é uma família com múltiplos problemas, o que faz com que sejam necessárias várias intervenções para que ela possa melhorar. Vamos nos ater nesse instante no motivo que nos levou a aplicar o PRACTICE nessa família e construir junto a ela intervenções possíveis para melhorar a adesão de Mário ao tratamento necessário.

3.3 A.P.G.A.R FAMILIAR

(Adaptation, Partnership, Growth, Affection, Resolve)

– Adaptação, Participação, Crescimento, Afeição, Resolução

Reflete a satisfação de cada membro da família, representado pela sigla APGAR. A avaliação será feita para cada membro da família, por questionário de cinco perguntas referentes aos aspectos abordados, que serão pontuadas e analisadas depois. Os diferentes índices de cada membro devem ser comparados para se avaliar o estado funcional da família. A partir da aplicação do questionário e da avaliação do quadro familiar pode-se desenhar um plano terapêutico que poderá ser desenvolvido pelo próprio médico de família ou pode exigir a participação de outros profissionais, como enfermeiros, psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais ou de família.

Questionário A.P.G.A.R.

- 1) Estou satisfeito com a atenção que recebo da minha família quando algo está me incomodando?
- 2) Estou satisfeito com a maneira com que minha família discute as questões de interesse comum e compartilha comigo a resolução dos problemas?
- 3) Sinto que minha família aceita meus desejos de iniciar novas atividades ou de realizar mudanças no meu estilo de vida?

- 4) Estou satisfeito com a maneira com que minha família expressa afeição e reage em relação aos meus sentimentos de raiva, tristeza e amor?
- 5) Estou satisfeito com a maneira com que eu e minha família passamos o tempo juntos? Para cada pergunta, pontuar da seguinte forma: quase sempre: 2 pontos; às vezes: 1 ponto; raramente: zero.

Avaliação da pontuação para a ferramenta APGAR: 7 a 10 pontos: altamente funcional; 4 a 6 pontos: moderadamente funcional; - 0 a 3 pontos: intensamente disfuncional.

AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA: USO DE FERRAMENTAS

O Sr. Pereira, 54 anos de idade, fora ficando cada vez mais deprimido como resultado de graves e progressivas complicações de seu diabetes tipo I, nos últimos cinco anos. Essas complicações incluíam amputação de perna e insuficiência renal que atualmente exigia diálise em casa quatro vezes por semana. Durante 30 anos o Sr. Pereira levou vida plenamente ativa. Ele era excelente atleta e participava de vários grupos de esporte, como recreação. A partir dessa idade, reduzira muito as atividades físicas. O planejamento familiar, a curto e longo prazo, jamais se centrara em sua doença. Essa atitude otimista era reforçada pelo fato de que duas pessoas na família de origem do Sr. Pereira haviam tido diabetes sem complicações. Seu único filho, de 26 anos de idade, saíra de casa sem problema algum depois do segundo grau. Ele casara recentemente. O Sr. e a Sra. Pereira tinham um casamento estável, no qual mantinham vários interesses externos independentes. Em resumo, a família passará facilmente pela transição para uma fase mais centrífuga do ciclo de vida familiar. Agora, sua mulher precisou trabalhar num segundo emprego, o que exigiu que ela abandonasse seus hobbies e envolvimento cívico. O filho voltou a morar com eles para ajudar a mãe a cuidar do pai e da casa. O Sr. Pereira, incapacitado para trabalhar e fazer esportes, sentia-se uma carga para todos e ficou bloqueado em seu próprio desenvolvimento no meio da vida.

Analise a doença do Sr. Pereira quanto às suas características de início, curso, consequências e incapacitação, relacionando-as ao impacto que está tendo no funcionamento familiar.

Indique que ferramentas de diagnóstico você utilizaria com a família do Sr. Pereira.

Você teve dificuldades? Repita caso deseje assimilar melhor esta etapa de construção destas ferramentas.

Unidade 5

Para se trabalhar
com famílias

Unidade 5

Para se trabalhar com famílias

Nesta unidade serão abordadas as etapas da intervenção no trabalho com as famílias, o quadro de vulnerabilidades e, ainda, a doença crônica e a família.

Espera-se que ao final desta unidade você seja capaz de:

- Identificar as vulnerabilidades presentes no contexto familiar.
- Compreender o funcionamento da família frente a uma doença ou problema crônico.

Seção 1

Etapas de intervenção no trabalho com famílias

Segundo Ditterich; Gabardo e Moysés (2009), para se trabalhar com famílias é necessário conhecer as etapas de intervenção, que vamos expor a seguir e que foram didaticamente separadas para sua melhor compreensão.

Passo 1: Associação (ou vinculação)

A construção da avaliação familiar depende fundamentalmente desta etapa, que é a associação, também denominada vinculação. Para que o processo seja realmente eficaz, o profissional precisa interagir com a família, respeitando suas crenças e seus saberes. O profissional precisa ficar atento ao fato de que está conhecendo outra realidade, não a julgá-la segundo os conceitos que ele traz a respeito de como deve ser uma família. Ele precisa aprender a construir com os membros da família e não apenas oferecer soluções prontas retiradas exclusivamente do seu saber. Não se esqueça: as ações só terão significado se a família conseguir entender e comparar com outras ações que tiveram significado para ela. Procure oportunizar todos os instantes para se vincular às famílias que o procuram - no acolhimento, na consulta, nas visitas domiciliares - assuma postura receptiva. Desta forma, quando a família apresentar um problema, verá você e sua equipe como fonte de apoio.

Passo 2: Avaliação

O próximo passo é analisar a família, como ela funciona, quais são suas crenças, como ela entende a doença ou o problema, como ela lida com eles ou com os fatores que possam gerar estresse. Para isto, você deve aplicar as ferramentas que você conheceu. A partir do reconhecimento da dinâmica familiar, será construído um plano de ação junto à mesma, que respeite seus limites e crenças, para resolver o problema. Procure respeitar a hierarquia familiar, os pais devem ser a autoridade e não autoritários, agindo com adequação, preferencialmente com educação democrática, conforme Quadro 3.

Passo 3: Educação em saúde

Educar em saúde implica aproveitar sempre as oportunidades para incentivar a família à adoção de hábitos saudáveis, a partir da troca de saberes sobre o processo saúde-doença, incentivando o autocuidado. Para que essas noções de autocuidado sejam eficazes, é fundamental construir os conceitos junto à família, a partir de seus conhecimentos, crenças e costumes. Se a família acredita, por exemplo, que a comida tem que ter muita gordura para sustentá-los, não é suficiente você dizer que a gordura

deve ser retirada do preparo dos alimentos. É preciso, inicialmente, explicar as razões para se mudar o hábito de comer alimentos gordurosos e, a partir daí, elaborar junto com ela um cardápio mais saudável. Desta forma, a adesão será facilitada.

Passo 4: Facilitação

Este item deve ser trabalhado no grupamento familiar, a facilitação da comunicação entre seus membros. Para que isto seja possível, você precisa conhecer a hierarquia familiar e como se dá a comunicação entre seus membros. A fim de manter seus papéis no grupo, um ou mais membros podem tentar exercer controle da estrutura familiar, impedindo a adequada comunicação. Isto leva a bloqueios de comunicação que podem ser a base das situações de estresse na família. Ao identificar esses bloqueios, o profissional de saúde tem condições de atuar junto à família, facilitando os processos de comunicação. Após a facilitação da comunicação entre os membros da família, é possível abordar temas que nela geraram a doença.

Passo 5: Sistema de referência

Em casos em que o profissional perceber que é necessário referendar a família ou o paciente para níveis de mais complexidade, secundário ou terciário, é importante esclarecer aos familiares o motivo do encaminhamento e discutir os resultados esperados. É recomendável, ainda, procurar estabelecer contato com o serviço que irá acolher o paciente ou a família, para que seja possível acompanhar os resultados, mesmo sem sua participação direta no processo.

Seção 2

Família e contextos de vulnerabilidade

A vulnerabilidade de uma família representa o volume adicional de recursos que ela requer para satisfazer suas necessidades básicas, relativamente ao que seria requerido por uma família padrão.

A vulnerabilidade pode ser medida sob diversas visões.

Em relação à estrutura, por exemplo, são fatores de vulnerabilidade a presença de crianças menores de dois anos, de adolescentes, de idosos, especialmente idosos dependentes, e a ausência de cônjuge provedor.

Quanto à história pregressa, os anos de estudo, a história alimentar e os antecedentes de promoção, prevenção e cuidado da saúde.

No tocante ao ambiente, as condições de moradia, o acesso à água, luz elétrica e esgotamento sanitário, a existência e distância do transporte público e dos equipamentos sociais (escola, unidade de saúde, Igreja, etc.).

Muitos mais podem ser registrados. As famílias de mais vulnerabilidade estão mais susceptíveis, também, a problemas como a violência e o abuso e dependência de drogas lícitas e ilícitas. E quando falamos em violência, em geral, pensamos naquele que está distante, que vem roubar, agredir e até mesmo matar. A violência está presente de várias formas, em muitas famílias. A violência é multideterminada. E um dos determinantes pode ser a própria família.

Violência

Considera-se violência o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

Para a notificação dessas situações deve ser usada a Ficha de Notificação – Investigação Individual/Violência Doméstica, Sexual e/ou outras. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/ficha_notificacao_violencia_domestica.pdf>

Os conceitos violência intrafamiliar e violência sexual são frequentemente utilizados para nomear a violência que acontece no espaço doméstico e familiar, atingindo crianças, adolescentes e mulheres. Apesar da sobreposição existente entre esses recortes, há especificidades em cada um desses conceitos.

Violência intrafamiliar

Destaca-se por sua alta frequência. Trata-se de um tipo de agressão em que os atos, gestos e palavras violentas acontecem entre membros de uma mesma família. Esse tipo de violência tende a se manter pela impunidade dos ofensores, pela ineficiência de políticas públicas e ineficácia das práticas de intervenção e prevenção. Mantém-se, também, com o silêncio da vítima, cuja palavra é confiscada pelo agressor com ameaças; com a cumplicidade silenciosa dos demais parentes não agressores, que fecham os olhos e se omitem de qualquer atitude de proteção da vítima ou de denúncia do agressor; com o silêncio dos profissionais que, em nome da ética e do sigilo profissional, muitas vezes se refugiam numa atitude defensiva, negando ou minimizando os efeitos da violência.

Violência sexual

O abuso sexual infanto-juvenil é uma forma de violência que envolve poder, coação e/ou sedução. O abuso sexual infantil é frequentemente praticado sem o uso da força física e não deixa marcas visíveis, o que dificulta a sua comprovação, principalmente quando se trata de crianças pequenas. No entanto, mesmo sem deixar marcas e sinais físicos, é muito grave, devido às consequências emocionais para suas vítimas. O abuso sexual pode variar de atos que envolvem contato sexual com ou sem penetração a atos em que não há contato sexual, como o voyeurismo, o exibicionismo e a produção de material pornográfico.

O abuso sexual supõe uma disfunção em três níveis: o poder exercido pelo mais forte (adulto) sobre o mais fraco (criança, adolescente); a confiança que o pequeno (dependente) tem no grande (protetor); e o uso delinquente da sexualidade, ou seja, o atentado ao direito que todo indivíduo tem de propriedade sobre seu corpo. Entre os parentes envolvidos em abuso sexual intrafamiliar, o pai e o padrasto são os maiores ofensores. O abusador garante o silêncio da vítima utilizando promessas, chantagens, ameaças, uso da autoridade ou da própria situação de cumplicidade presente nas relações familiares.

O abuso sexual é um fenômeno complexo e difícil de enfrentar por parte de todos os envolvidos. É difícil para o abusado e para a família, pois a denúncia do segredo escancara a violência que acontece na própria família. A vítima vive uma situação traumática e conflituosa, tem raiva da mãe por não protegê-la e tem medo de contar, pois corre o risco de ser desacreditada, insultada, punida ou até afastada de casa sob a acusação de destruir a harmonia e a unidade familiar.

A mãe, por sua vez, também vive uma situação de muita confusão e ambiguidade, diante da suspeita ou constatação de que o companheiro abusa sexualmente da(o) filha(o). Frequentemente nega os indícios, recusa-se a aceitar a realidade. Vive sentimentos

ambivalentes em relação a(o) filha(o): ao mesmo tempo em que sente raiva e ciúme, sente-se culpada por não protegê-la(o). É difícil também para os profissionais, que muitas vezes não sabem como agir diante do problema.

O abuso sexual infanto-juvenil é um problema que envolve questões legais de proteção à criança e punição do agressor, terapêuticas de atenção à saúde física e mental da criança e terapêuticas para o agressor. Muitos abusadores foram vítimas de abuso. Em muitas famílias, o abuso ocorre em várias gerações e é ocultado pela lei do silêncio, sem ser denunciado. O abuso sexual intrafamiliar é inconscientemente consentido na família, para manter sua homeostase - equilíbrio.

Como intervir nas situações de violência?

O trabalho começa com a identificação do problema pelos profissionais ou qualquer cidadão - denúncia da suspeita ou confirmação do abuso ao Conselho Tutelar - e encaminhamento da família para tratamento. A indicação terapêutica mais adequada nos casos de violência é aquela que lida com todo o grupo familiar, inclusive o agressor. A complexidade dos processos envolvidos na situação de violência na família exige abordagem multidisciplinar que integre os três tipos de intervenção: punitiva, protetora e terapêutica.

O profissional deve favorecer e incitar a revelação da violência, pois permite retirar a vítima de situações perturbadoras e traumatizantes e evita graves consequências sobre a saúde mental.

PARA REFLETIR... O SILÊNCIO PERPETUA A VIOLÊNCIA

A família como lugar de proteção e cuidado é, em muitos casos, um mito. Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças ou adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Delegacia de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da Localidade), de acordo com o artigo 13 da Lei nº 8.069/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990).

Uso nocivo e dependência de drogas lícitas e ilícitas

Muitos comportamentos, hoje, são atribuídos ao uso de drogas ilícitas. Quando algum acontecimento nos choca, pensamos que o autor do feito estava sob o efeito de drogas ilícitas. Muitas vezes este é o caso, mas em muitas outras o indivíduo estava sob efeito de drogas lícitas como o álcool, como os muitos acidentes com vítimas registrados.

Dependência química é uma doença crônica, primária, cujo desenvolvimento e manifestação são influenciados por fatores genéticos, psicossociais e ambientais. É frequentemente progressiva e fatal. Caracteriza-se por progressiva perda do controle, pela obsessão ao uso das substâncias psicoativas e distorções da maneira de pensar, principalmente a negação. O indivíduo apresenta estado de abstinência fisiológica quando interrompe o uso da substância e geralmente ocorre adaptação do organismo ao consumo da droga, obrigando o usuário a aumentar a dosagem para obter o mesmo resultado – tolerância.

A dependência química se dá em relação às drogas lícitas como tabaco, álcool e remédios, assim como drogas ilícitas várias: maconha, cocaína, ecstasy, crack, entre outras. Alguns dos motivos que levam as pessoas a experimentar ou utilizar as substâncias ilícitas são:

- Curiosidade
- Influência de amigos
- Necessidade de adesão a um grupo
- Busca de sensação nova, prazer
- Vencer suas limitações
- Alívio de conflitos internos
- Problemas sociais, profissionais, de saúde
- Relacionamento familiar conflituoso e vínculos frágeis
- Solidão, ociosidade
- Falta de informação
- Influência da mídia
- Falta de religião
- Depressão
- Eventos de vida estressantes
- Perdas
- Rompimento familiar
- Pais dependentes químicos

Embora a influência dos amigos possa ser uma das razões para a pessoa iniciar ou se manter em uso de drogas, é frequente o primeiro contato com as drogas acontecer em casa, principalmente o cigarro, o álcool ou mesmo os remédios. É muito frequente um dependente químico ter um dos pais também dependente.

Na dinâmica familiar da dependência de álcool e outras drogas, o uso da substância é uma forma de o indivíduo buscar sua independência, distanciando-se de alguma disfunção que está ocorrendo naquele contexto. Mas, como o próprio nome denuncia, o indivíduo fica mais dependente da família, pois ele adquire um problema, sintoma. Esse sintoma denuncia que alguma coisa não vai bem com o sistema familiar e com o indivíduo, necessitando de ajuda. É preciso ver em que etapa do ciclo de vida essa família está e que dificuldades ela está enfrentando para realizar suas tarefas.

Nessa área de problemas, também é importante que o profissional da atenção primária conheça a estratégia Entrevista Motivacional para lidar com o abuso e dependência de drogas (DIAS, 2009).

Doença crônica e a família

Quando uma doença crônica acomete um dos membros da família, podem ser necessárias mudanças e adaptações para que a família continue funcionando. Essas mudanças dependerão de algumas características da doença e da combinação entre elas, como mostra o Quadro 9.

Quadro 9 - Características da doença crônica

Início	Agudo ou gradual.
Consequências	Fatal, vida diminuída, ou não fatal.
Incapacitação	Presente ou ausente.

Fonte: Carter; McGoldrick (1995)

Quanto ao início da doença, pode-se dizer que, se agudo, como infarto ou derrame, a família tem que se organizar rapidamente para ajudar o seu membro e continuar funcionando. Mas, se o início for gradual, como doença de Parkinson ou artrite, essa organização pode ocorrer aos poucos, o que gera menos impacto para a família.

A doença crônica pode ter curso progressivo, se ela vai se agravando com o tempo, como câncer ou AIDS. As famílias têm que ir aumentando sua capacidade de adaptação às novas circunstâncias, em geral a partir de reorganização de papéis e funções e buscando apoio e recursos externos. Quando a doença tem curso constante, como hipertensão ou paralisia, a família tem que realizar uma adaptação inicial, mas depois ela não precisa fazer grandes alterações. E quando é de curso recorrente, como a asma ou enxaqueca, a família tem que se organizar em cada crise.

Quanto às consequências da doença crônica, existem as que tendem a não afetar a duração da vida (cegueira, artrite) – não fatal –, outras que podem encurtá-la ou levar à morte súbita (hemofilia e doença cardiovascular) – vida diminuída ou, ainda, ser potencialmente fatais (câncer metastático e AIDS). As duas últimas podem gerar expectativa de perda inevitável ou levar a família aos problemas decorrentes de morte precoce, especialmente se for do pai ou da mãe.

Outro aspecto importante de impacto é a presença ou não de incapacitação, como em uma paralisia, cegueira. Uma incapacitação é geralmente de manejo difícil, exigindo a atenção de um ou mais familiares, para ajuda

O preconceito contra idosos deve estar relacionado à tentativa de evitar a realidade pessoal do envelhecimento e da morte e das questões de envelhecimento na própria família.

Considerações finais

A família como foco da atenção básica à saúde

Como já discutido, a família pode ser considerada um sistema formado por outros subsistemas, que se encontra unida por fortes laços afetivos, com limites e papéis explícitos ou velados. Normalmente seus membros trazem de suas famílias de origem os modelos de papéis de cada membro. Ela é única em sua experiência, afetada pelas experiências de cada um de seus componentes e influenciada pelos estímulos externos a ela. Quando um dos seus membros tem algum tipo de problema, toda a família sofre. A tendência frente a esse sofrimento é o desenvolvimento de estratégias que possibilitem o retorno à harmonia familiar, provocando crescimento no sistema. Quando isto não ocorre, a família tende a algum tipo de disfuncionalidade, como o desenvolvimento de doenças ou até a dissolução do núcleo familiar.

Quando a família é disfuncional, costuma rotular um dos seus membros como “um problema”. Este chega já denominado como doente ou problemático. Cabe a você, profissional de saúde, entender que ele, na verdade, é “a ponta do iceberg”. A dinâmica da família como um todo está afetada, impedindo seu crescimento ou a adoção de outros papéis que a auxiliem a mudar de fase e superar o problema. É importante perceber, ainda, que o falar é geralmente terapêutico, pois permite aos indivíduos uma revisão de suas atuações na dinâmica familiar.

Vamos fazer uma observação: todos os membros da equipe, incluídos os do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), podem utilizar as ferramentas apresentadas, não só o médico. Seu uso deve ser difundido para estudantes e para as próprias pessoas, dependendo do grau de intelectualidade e compreensão. Lembrar que as famílias são dinâmicas, exigindo revisões periódicas, à medida que a necessidade se apresente. Não faça da aplicação dos instrumentos uma tarefa, utilize-se delas para ser um elemento norteador no planejamento de suas ações e na resolução de “casos difíceis”.

Para trabalhar com famílias, deve-se ter em mente que é necessário desenvolver competências, adotar postura aberta, demonstrando o desejo de se vincular temporariamente à família em foco, e atitude que estimule a construção de soluções. Nunca se deve adotar a postura de “saber o que é melhor para a família”. É importante respeitar as regras familiares, perceber as hierarquias e estimular a comunicação entre seus membros. Evite sempre lateralizar ou demonstrar apoio a um dos membros da família. O objetivo é entender a estrutura da família, seu desenvolvimento, seu funcionamento e os recursos que a apoiam.

Verificamos que os instrumentos apresentados permitem a identificação de critérios de risco à saúde das famílias e um diagnóstico que prioriza a solução dos problemas de saúde mais frequentes. Esse diagnóstico vai contribuir para um planejamento de ações que realmente contribuam na busca da superação da realidade encontrada.

Na utilização cotidiana de tecnologias de abordagem e diagnóstico das famílias e comunidades, as equipes de Saúde da Família, ainda hoje, enfrentam o desafio de construir possibilidades efetivas de uma prática na qual o usuário e a população sejam partícipes do trabalho em equipe, ou seja, integrem-se no processo de construção de um projeto comum.

Não se pode pensar em políticas públicas sem falar em parceria com a família. Contudo, demanda-se um processo educativo e participativo para que realmente possam as ações de saúde ultrapassar os limites do caráter assistencial, curativo e prescritivo. Somente desta forma podemos pensar na promoção da saúde e na qualidade de vida das comunidades e famílias abrangidas pela Estratégia Saúde da Família.

Referências

ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. A. F. (Org.). **Família: redes, laços e políticas públicas**. São Paulo: Cortez, 2005.

ALARCÃO, M. **(Des)Equilíbrios familiares**. Coimbra: Quarteto, 2000.

ALVES, J. E. D. **A definição de família convivente do IBGE: cuidados metodológicos necessários**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2005. Disponível em: <http://www.ie.ufrj.br/aparte/pdfs/notametodologica_familiasconviventes.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2010.

ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (Org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001.

BASTOS, A. C.; TRAD, L. A. B. A família enquanto contexto de desenvolvimento humano: implicações para a investigação em saúde. **Ciências & saúde coletiva**, v. 3, n. 1, p. 106-115, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231998000100106>. Acesso em: 6 ago. 2017.

BEE, H. **O Ciclo Vital**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BRASIL. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: 6 ago. 2017.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 6 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **SIAB: manual do sistema de informação da atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_siab2000.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2017.

BRASIL. Lei Federal nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. **Decreto nº 5.209**, de 17 de setembro de 2004. Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5209.htm>. Acesso em: 12 jun. 2016.

BRASIL. **Lei Maria da Penha**. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>. Acesso em: 12 jun. 2016.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Censo 2010**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 28 jan 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 6 ago. 2017.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE. **Síntese de indicadores sociais**. Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2013a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/indicadores.php>>. Acesso em: 28 jan. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução nº 175**, de 14 de maio de 2013. Disponível em: <www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=2504>. Brasília, 2013b. Acesso em: 28 jan. 2016.

CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. **As mudanças do ciclo de vida familiar**: uma estrutura para a terapia familiar. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

CECAGNO, S.; SOUZA, M. D.; JARDIM, V. M. R. Compreendendo o contexto familiar no processo saúde-doença. **Acta Scientiarum Health Sciences**. Maringá, v. 26, n. 1, p.107-112, 2004. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/1622/1063>>. Acesso em: 20 jun. 2008.

CHAIMOWICZ, F. et al. **Saúde do idoso**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, Coopmed, 2009.

DEMO, P. **Política social e conhecimento**. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

DIAS, R. B. Diretrizes de intervenção quanto à mudança de comportamento : a entrevista motivacional. In: PEREIRA, A. A. (Org.). **Diretrizes clínicas para atuação em saúde mental na Atenção Básica à Saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009. (Série Nescon de Informes Técnicos, 3). Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2146.pdf>>. Acesso em: 6 fev. 2011.

DITTERICH, R. V.; GABARDO, M. C. L.; MOYSÉS, S. J. As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas equipes de saúde da família de Curitiba, PR. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 18, n. 3, p. 515-524, 2009.

FONSECA, C. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. **Saúde e Sociedade**, v. 14, n. 2, p. 50-59, mai./ago., 2005.

GOMES, M. A.; PEREIRA, M. L. D. **Família em situação de vulnerabilidade social**: uma questão de políticas públicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 357-363, 2005.

GOMES, R.; MINAYO, M. C. de S.; SILVA, C. F. R. Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p.117-140.

GRAHAM, R. **Clientelismo e política no Brasil do século XIX**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1997.

HEMFELT, R.; MINIRTH, F.; MEIER, P. **O amor é uma escolha**: recuperação para relacionamentos codependentes. Rio de Janeiro: Fator Meio Consultoria, Produções, 1989.

MENEZES, J. B. A Família na constituição Federal de 1988: uma instituição plural e atenta aos direitos de personalidade. **NEJ**, v. 13, n. 1, p. 119-130, jan./jun., 2008. Disponível em: <<https://www6.univali.br/seer/index.php/nej/article/viewFile/1232/1035>>. Acesso em: 10 nov. 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Programa Saúde em Casa. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Oficina VI: a abordagem familiar**. Belo Horizonte: ESPMG, 2009. Disponível em: <http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2011/02/Implantacao-PDAPS_oficina6_260109_Tales_BAIXA.pdf>. Acesso em: 26 julho 2016.

MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. Violência contra idosos: é possível prevenir. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 141-170.

MINUCHIN, S.; FISHMAN, H. C. **Técnicas de terapia familiar**. Porto Alegre: Artmed, 1990.

OLIVEIRA, C. C.; CAMPOS, F. C. C. **Projeto social: saúde e cidadania**. Belo Horizonte: Nescon / UFMG, Coopmed, 2009.

PILLITTERI, A. **Child Health Nursing: care of the child and family**. Philadelphia: Lippincott, 1999.

PRADO, D. **O que é família**. 8. ed. São Paulo: Brasiliense, 1986.

REBELO, L. Genograma familiar: o bisturi do médico de família. **Revista portuguesa de Clínica Geral**, v. 23, p. 309-317, 2007. Disponível em: <http://www.fcm.unl.pt/departamentos/cligeral/ensino_Sano/RPCG_Genograma_Familiar.pdf>. Acesso em: 26 jun 2016.

RIBEIRO, E. M. As várias abordagens da família no cenário do Programa/ estratégia de Saúde da Família (PSF). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 658-664, jul./ago., 2004.

WALSH, F. A. Família no estágio tardio da vida. In: CARTER, B.; McGOLDRICK, M. **As mudanças do ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1995.