

## **GESTÃO DO CUIDADO: ABORDAGEM FAMILIAR E CLÍNICA AMPLIADA**

**Ana Cristina Belizia Schlithler,  
Mariane Ceron e  
Daniel Almeida Gonçalves**

### SUMÁRIO

Introdução .....	62
A família saudável .....	63
Crises e resiliência familiar .....	65
Desafios psicossociais .....	67
Trabalhando com famílias vulneráveis.....	69
O Genograma .....	70
O Ecomapa .....	72
Clínica ampliada e projeto terapêutico singular .....	73
Conclusão .....	76
Referências .....	76





O modelo de família ocidental mais tradicional inclui pai, mãe e filhos. A noção de geração ou ancestralidade está presente em tal definição. Este é um ponto central. Por que se espera que a família envolva membros adultos e não adultos? Esse aspecto nos remete a questões relativas às funções familiares. Mas isso será abordado mais adiante. Voltamos às definições.

No Brasil, a partir dos anos 1980, muitas modificações pertinentes ao conceito de família têm ocorrido. A Constituição Brasileira, em seu artigo 226, define a família como a base da sociedade, reconhece a união estável, entende que a entidade familiar pode ser formada por qualquer um dos pais e seus descendentes e estabelece que os direitos e deveres são igualmente exercidos pelo homem e pela mulher (BRASIL, 1988).

Do mesmo modo, o Novo Código Civil (2002) reconhece os direitos de filhos havidos fora do casamento e estabelece o “poder familiar” igualmente compartilhado por pai e mãe, em substituição ao “pátrio poder” anteriormente definido (BRASIL, 2002). O Estatuto da Criança e Adolescente (ECA, 1988) reconhece direitos para crianças e estabelece deveres para adultos, Estado e sociedade, em um contexto muito diferente dos anteriores. Mudanças como essas ocorrem devido às novas situações impostas pela contemporaneidade que, ao mesmo tempo, implicam modificações culturais e jurídicas.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) define família como o “conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, residente na mesma unidade domiciliar, ou pessoa que mora só em uma unidade domiciliar” (<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm>). Considera, portanto, um casal como uma família, ou até a pessoa que mora só como “família unipessoal”, privilegiando o domicílio comum em sua definição.

Avaliamos que as definições propostas pela **Lei Maria da Penha** vão ao encontro ao que se observa no trabalho cotidiano com a população assistida pela Estratégia Saúde da Família (ESF). De acordo com essa lei, o âmbito doméstico é definido como “o espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas”, enquanto família seria “a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa”.

Segundo o manual do SIAB, ao cadastrar as famílias, os agentes comunitários de saúde, quando encontram várias pessoas dividindo um mesmo espaço, seja sobre o mesmo teto ou quintal, deve considerar a definição do IBGE anteriormente citada, incluindo os empregados que vivem no lar. Do ponto de vista prático, há instituições ou municípios que orientam o cadastro individualizado por número de fogões e/ou geladeiras. Essa pactuação, no entanto, deve ser feita em nível local e considerando a realidade do território.

## A FAMÍLIA SAUDÁVEL



### Destaque

Antes mesmo de abordarmos as famílias em risco, vulneráveis ou mesmo já com algum tipo de disfuncionalidade, é importante refletirmos sobre: o que é uma família saudável? O que devemos esperar de normal das famílias que cuidamos?

Carl Whitaker (1912-1995), psiquiatra americano e um dos fundadores da terapia familiar, afirma que tendemos a utilizar nossos próprios critérios. Quem teve um pai presente e participativo, por exemplo, naturalmente tenderia a considerar pouco saudável uma família com um pai distante ou ausente. Embora esse movimento seja natural, o autor pontua que, assim como não desejamos ser julgados ou avaliados a partir do referencial do outro, não devemos fazê-lo.

Citaremos as características arroladas por Whitaker e Bumberry (1990) como necessárias para a família saudável, pois resumem satisfatoriamente o que diversos outros autores propõem:

- A família saudável é dinâmica, e não estática, ou seja, é um sistema em contínuo processo de evolução e mudança;
- Suas regras servem de guia e estão a serviço do crescimento;
- Há uma clara separação entre as gerações de forma que os pais (ou adultos que as representem) transmitam às crianças uma sensação de segurança embasada em liderança e solidariedade;
- As crises e conflitos provocam desenvolvimento, e não rompimento;
- Existe espaço para expressar e compartilhar intimidade e sentimentos, mesmo aqueles conotados como negativos;
- Seus membros sabem usufruir do intercâmbio de experiências entre as gerações;
- Funciona como um organismo aberto que se relaciona com outros e é capaz de incorporar novos elementos.

Observe que estes autores não mencionam um tipo de configuração relacionado à família saudável. As características que enumeram estão associadas ao funcionamento do sistema familiar e às funções da família.

Segundo CHIAVERINI, D.H. et al. 2011, existe a possibilidade inclusive de classificarmos as famílias segundo critérios de funcionalidade, sendo que estas não são determinadas pelas situações de risco, mas sim pelos funcionamentos internos ao grupo familiar que poderão repercutir numa maior ou menor vulnerabilidade:

**Famílias funcionais:** O desenvolvimento do casal e filhos se faz de forma harmônica, os conflitos são superados – indivíduos autônomos com capacidade de compartilhar.

**Famílias disfuncionais:** Estruturas rígidas, sem intimidade, sem flexibilidade, sem divisão de poder – adultos deprimidos, com transtornos psiquiátricos, crianças com transtornos de conduta e distúrbios de comunicação.

**Famílias severamente disfuncionais:** Comunicação muito difícil, são gravemente desorganizadas e isoladas – suscetíveis ao aparecimento de transtornos graves – desesperança, depressão, cinismo etc.

Fique atento para os elementos que contribuem para avaliar a funcionalidade da família:

- **Regras:** normas implícitas ou explícitas, arcabouço das relações;
- **Crenças:** ideologia familiar que dá sentido às normas;
- **Limites:** pertencimento ao sistema;
- **Tríades:** relações baseadas em semelhanças e diferenças (alianças e coligações).



## Destaque

Devemos estar atentos à relação que o grupo familiar estabelece com as mudanças e novas necessidades que surgem. Por vezes os adultos mostram-se enrijecidos em seus costumes frente às demandas dos mais jovens. Valores e regras devem ser claros, mas a maneira de garantir que sejam preservados requer flexibilidade. Do mesmo modo, os jovens podem ser instados a compreender as dificuldades dos membros mais velhos da família em adaptar-se às novas necessidades, por meio de relatos sobre experiências passadas em seu período de crescimento.

Muitos autores destacam a questão das regras familiares. Sabemos de sua importância fundamental. O quão são rigorosas dependerá dos valores e crenças de cada grupo familiar. Importa mais que sirvam a toda a família, e não apenas a determinados membros, já que regras que contemplam apenas as necessidades dos adultos (ou das crianças) dificilmente são cumpridas. O essencial é que sejam claras, e seu cumprimento seja uma meta. Podem ser negociadas e revistas, desde que essa negociação reflita alguma necessidade de adaptação a novas demandas.

O tema dos papéis familiares e suas funções é também central para a compreensão e o trabalho com famílias. Os adultos, sejam eles o pai, a mãe, os avós, os tios ou quaisquer outras pessoas que convivam como família, têm responsabilidade em relação às crianças. Crianças que ficam encarregadas dos cuidados com a casa ou com os irmãos menores desempenham um papel para o qual ainda não estão preparadas, ficando sobrecarregadas, o que pode acarretar problemas emocionais. Sabemos que, em nossa realidade, muitas vezes os adultos que trabalham precisam ficar muitas horas fora de casa, e a falta de escolas, núcleos socioeducativos e creches tem como consequência crianças sozinhas em casa.



## Destaque

Em alguns lares, o filho pode buscar desempenhar o papel de um pai que tenha deixado a família, procurando para isso exercer precocemente uma autoridade para a qual não dispõe de recursos, desencadeando conflitos e estresse.

As intervenções junto às famílias devem buscar garantir o acesso aos recursos adequados. As famílias podem ser orientadas sobre a importância de garantir às crianças a retaguarda de um adulto, momentos para usufruir de suas necessidades de criança e adequação quanto ao cumprimento das tarefas da casa em relação à faixa etária.

Em algumas famílias, os adultos procuram exercer sua necessária autoridade recorrendo a modelos dominadores, ou flexibilizando tanto as regras a ponto de permitirem significativos questionamentos a essa autoridade. Da mesma forma, em alguns lares encontramos adolescentes e jovens que adquirem um poder desproporcional à sua idade, muitas vezes por meio da transgressão de regras e da dificuldade dos adultos de desempenhar o seu papel. Alguns adultos precisam de ajuda para sentirem-se fortalecidos ao exercer a autoridade diante de tantos e tão diversos desafios.



## Saiba mais...

Muito se discute sobre diferenças entre o papel do pai e da mãe. Com a frequência de famílias monoparentais, em que a mãe é o único adulto presente, e com as alterações em seu papel de dona de casa (para o de trabalhadora que acumula as jornadas de trabalho fora e dentro de casa), observamos mulheres sobrecarregadas e por vezes com dificuldades para desempenhar a necessária autoridade com as crianças. A ausência do pai ou de outro membro adulto realmente gera sobrecarga, mas não inviabiliza o ambiente familiar saudável e voltado para o crescimento se a mãe for capaz de garantir (ou puder caminhar a fim de garantir) que as características que integram as famílias saudáveis estejam presentes em seu lar.

Os serviços e recursos comunitários e uma política social que contemple as demandas familiares, como a garantia de acesso a creches, jornada de trabalho adequada, transporte públicos que não impliquem a permanência de longos períodos fora de casa, poderiam auxiliar as famílias nesse sentido.

A identificação precoce de papéis disfuncionais que geram sofrimento, e não crescimento, pode ser realizada por profissionais de saúde que acompanham famílias. Tais papéis devem ser abordados de modo que não se cristalizem ou originem fissuras graves no sistema familiar.

O quinto item mencionado por Whitaker e Bumberry é tão essencial quanto pode ser difícil. O espaço para compartilhar sentimentos e intimidade na família muitas vezes precisa ser conquistado. Diferentes experiências que cada membro do casal traz de sua família de origem podem colocar barreiras na expressão de sentimentos. Da mesma forma, diferenças entre as gerações podem se tornar obstáculos para que os sentimentos fluam facilmente entre as pessoas que compõem a família.

Em nossa cultura, sentir raiva, por exemplo, pode ser encarado de modo negativo, gerando a repressão de um sentimento que, se adequadamente expresso e elaborado, pode conduzir ao crescimento das relações. Muitos homens mostram-se pouco preparados para lidar com todo tipo de sentimento, mantendo-se afetivamente afastados do meio familiar. A repressão de sentimentos pode conduzir a problemas emocionais individuais e inviabilizar a comunicação na família.

Famílias modernas têm, com alguma frequência, problemas para regular o compartilhamento de intimidades. Um ambiente acolhedor em relação aos sentimentos e desejos que surgem no sistema familiar é fundamental, mas a intimidade do casal deve ser garantida, assim como a dos filhos, conforme cresçam e tenham condições de se responsabilizar por seus passos.

## CRISES E RESILIÊNCIA FAMILIAR

Nenhuma família está isenta de problemas e infortúnios. As crises e eventos estressantes afetam toda a família e apresentam riscos para o indivíduo e para as relações familiares. Como assevera Whitaker e Bumberry, a habilidade em manejá-los é fundamental para o crescimento e a sobrevivência do grupo familiar. Essas crises podem ser previsíveis,

estando presentes nos vários ciclos de vida familiar, ou mesmo imprevisíveis, tal como falecimento inesperado de um membro, desemprego, divórcio etc.

Definir a qual ciclo de vida familiar a família pertence é importante, pois ajuda a compreender as principais necessidades da família, trabalhos preventivos a serem desenvolvidos, esclarecimentos sobre as questões específicas do ciclo – auxiliando a família a resolver problemas, ou seja, oferecendo ajuda específica para a fase vivenciada. A partir do princípio da longitudinalidade, observamos as mudanças e a reorganização do grupo familiar na passagem de uma fase para outra, dando apoio segundo as necessidades vigentes (FERNANDES; CURRA, 2006).

São os ciclos convencionais para as famílias de classe média e alta (FERNANDES; CURRA, 2006):

- adultos jovens independentes;
- nascimento do primeiro filho;
- famílias com filhos pequenos;
- famílias com filhos adolescentes;
- ninho vazio: a saída dos filhos;
- aposentadoria;
- famílias no estágio tardio: a velhice.

São os ciclos convencionais para as famílias de classe popular:

- família composta de jovem adulto;
- família com filhos pequenos;
- família no estágio tardio.

As crises podem desafiar o sistema familiar a aprimorar habilidades e a desenvolver recursos, pois fatores de estresse podem ser potenciais estimuladores de competências. O que distingue a família saudável não seria a ausência de problemas, mas sim a maneira de enfrentá-los e a competência para resolvê-los (WALSH, 2003; 2005).

De acordo com o Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental lançado em 2011 (CHIAVERINI, D.H. et al. 2011) entendimento do momento do ciclo de vida familiar é fundamental para identificação de problemas comuns na APS e a forma de encaminhá-lo, e apresenta problemas comuns a cada um dos ciclos de vida familiar, orientando os impactos mais comuns em nossa atuação na APS (CHIAVERINI, D.H. et al. 2011 Guia Prático De Matriciamento Em Saúde Mental pg. 154):

#### • **Formação do casal**

- Compromisso na relação – É comum na APS casais formados depois de uma gravidez. Muitas vezes, são jovens que atropelam seus processos de amadurecimento.
- Redefinir relação com a “família extensa” – Muitas vezes na APS surgem mães que não aceitam filhas que vão viver junto com jovens envolvidos com tráfico.

#### • **Gravidez e parto**

- Acolher a criança – Múltiplos filhos, condições socioeconômicas desfavoráveis. Mães adolescentes. Mães que mal saem do parto e têm que voltar ao trabalho. Essas condições dificultam que o desenvolvimento do neonato alcance sua potencialidade.
- Ser pais e esposos – É comum filhos de pais diferentes na mesma família, e a tarefa de cuidar dos filhos recai sobre a mulher ou a avó, ou até sobre uma cuidadora profissional.

#### • **Família com crianças pequenas**

- Formar equipe parental – A noção de equipe para os pais é importante não só em seu início, mas permanentemente. Entretanto, é frequente vermos conflitos de tal ordem que parece um time de futebol que não sabe onde fica o gol, nem a camisa que está vestindo. Como copartícipe dessas questões, é frequente encontrarmos o alcoolismo do pai.
- Negociar relação com a família extensa – Muitas vezes a negociação que se consegue é a de oferecer algum cuidado às crianças enquanto as mães trabalham. Cuidado este vital se os pais são dependentes químicos e vivem a relação com as drogas como prioritárias, abandonando e/ou negligenciando os filhos.

#### • **Família com adolescentes**

- Relação com filho passa a movimentar-se dentro e fora do grupo familiar – Este é o momento de grande risco de abandono da escola. As adolescentes muitas vezes engravidam e os meninos começam a aproximação com o tráfico, principalmente se a função paterna está ausente.

#### • **Adulto jovem**

- Reenfocar assuntos maritais e profissionais – A questão profissional aqui surge com toda a força. É comum encontramos pessoas desempregadas e dependentes dos pais (frequentemente só da mãe).
- Enfrentar incapacidade/morte de pais – A morte de pais que na verdade continuam como provedores, em função de alguma pensão, pode ser catastrófica para quem fica.

- “Ninho vazio” – Como o desenvolvimento não se deu plenamente, em função das condições familiares e sociais adversas, as dependências emocionais e econômicas se mantêm e a síndrome do ninho vazio não tem maior importância na APS. Ela é frequentemente substituída por luto patológico de filhos que tiveram mortes violentas.

- **Contração familiar**

- Manter funcionamento apesar das perdas – Em função das perdas precoces por doença ou violência, é comum termos que lidar com luto patológico e depressão.

- **Morte e luto**

- Enfrentar perda de esposos, família, amigos – A questão dos idosos é um capítulo à parte, mas nossa maior tarefa é lidar com idosos deprimidos e com sérias restrições sociais.
  - Preparação para a própria morte – Aceitar a própria morte está diretamente ligado à satisfação com a vida. Isto é, quem viveu de bem com a própria vida tem menos medo da morte e da finitude. Nesta etapa da vida, nosso papel é de acolhimento e vínculo.

O conceito de resiliência familiar abrange mais do que a reunião de condições satisfatórias para manejar estresse e suportar ou sobreviver a situações traumáticas ou provações. Envolve o potencial de crescimento e transformação que pode ser desenvolvido nas relações familiares e em seus membros em situações de adversidade. Intervenções focadas no fortalecimento dos processos adequados podem maximizar o potencial para a resiliência que todas as famílias apresentam. Os processos familiares medeiam o impacto do estresse em todos os membros das famílias e em seus relacionamentos, estimulando a resiliência ou aumentando a vulnerabilidade (WALSH, 2003; 2005).

Froma Walsh identifica alguns processos favorecedores da resiliência familiar que podem ser estimulados pelas equipes de saúde (WALSH, 2005):

- Extrair significado da adversidade. Administração das crises como desafios valorizando relações saudáveis e procurando contextualizar o sofrimento.
- Perspectiva positiva. Manutenção da esperança, concentração no potencial e enfrentamento do possível.
- Flexibilidade nos padrões organizacionais. Competência para a mudança e segurança durante a perturbação.
- Senso de conexão. Capacidade de compromisso, liderança e respeito às diferenças e limites individuais. Busca de reconciliação em relações perturbadas.
- Mobilização de recursos sociais e econômicos. Família ampliada, redes comunitárias de apoio e segurança.
- Favorecimento da clareza comunicacional. Mensagens consistentes, esclarecimento de ambiguidades.
- Estímulo à expressão emocional aberta. Compartilhamento de sentimentos e empatia. Valorização do humor.
- Resolução colaborativa. Tomada de decisões compartilhada e concentração em objetivos.

## DESAFIOS PSICOSSOCIAIS

Walsh (2005), em seu livro “**Fortalecendo a resiliência familiar**”, discorre sobre vários tipos de situações que podem provocar mudanças no sistema familiar, ampliando sua capacidade de resiliência ou colocando-o em risco. Muito do conteúdo a seguir baseou-se nesse livro.

Os desafios dos eventos estressantes variam segundo as circunstâncias, a frequência e o significado. Eventos inesperados, que ofereçam ameaça à vida e envolvam violência, podem ser especialmente traumáticos. Situações de catástrofe, como os alagamentos e os desmoronamentos que ocorrem no Brasil nos períodos de chuvas, provocam reverberações em várias famílias e comunidades. Algumas conseguirão se reerguer, outras precisarão de auxílio. Situações como essas, de natureza imprevisível e ameaçadora à vida, frequentemente geram complicações pós-traumáticas e requerem o adequado manejo das equipes envolvidas nos processos de ajuda que se seguem às catástrofes.

Desafios persistentes impõem exigências diferentes daquelas relacionadas a crises repentinas. Famílias que enfrentam constantes períodos de estresse, por exemplo, aquelas que convivem com um componente que apresente problemas relativos a abuso ou dependência de substâncias psicoativas, precisam repetidamente ajustar seu funcionamento aos novos desafios pertinentes a esse tipo de situação. Isso, não raramente, gera sobrecarga e desgaste para as relações familiares e requer um conjunto de intervenções que vise à retomada do equilíbrio saudável do grupo familiar.

Algumas famílias convivem com situações de estresse prolongado, como aquelas em que há violência doméstica. Nesses casos, muitas vezes se observa um equilíbrio que podemos chamar de **disfuncional** ou **patológico**. Complementaridades baseadas na submissão contraposta à violência podem manter o sistema familiar equilibrado, mas geram um custo muito alto para os relacionamentos e resultam no risco constante de adoecimento. Além disso, criam um padrão de funcionamento problemático e podem provocar consequências para a saúde mental de seus membros por muito tempo. Por outro lado, complementaridades simétricas – cuja resposta à violência gera mais violência – podem levar ao esfacelamento do sistema familiar, conduzindo a situações extremas como a necessidade de abrigamento de crianças, por exemplo.



\_Fig. 2 - O primeiro luto (William-Adolphe Bouguereau, 1888)

Situações de violência doméstica costumam ficar subentendidas ou encobertas e requerem grande atenção das equipes aos sinais de sua presença e cuidados especiais em seu manejo. É preciso ter precaução, mas também firmeza para não reproduzir o movimento do sistema evitando o enfrentamento do problema, o que implicaria convivência com situações potencialmente muito danosas.

Perdas representam outro importante foco de estresse para os relacionamentos familiares. Na sociedade ocidental, as pessoas de modo geral não se sentem preparadas para lidar com a morte. No passado, entes da família costumavam morrer em casa, onde também eram velados seus corpos. O parto doméstico também era usual, assim nascimento e morte eram parte do cotidiano das famílias. Com o

desenvolvimento tecnológico, começo e fim da vida passaram a ocorrer mais frequentemente em hospitais, distanciando as pessoas dessa vivência e favorecendo mecanismos de negação da morte.

Mortes repentinas ou violentas conduzem a um processo de luto mais difícil para qualquer tipo de família. Situações dessa natureza provocam grande impacto no sistema familiar e diferentes processos para cada pessoa. Raiva, negação e culpa podem ser experimentadas mais intensamente, e a constatação da vulnerabilidade à qual todas as pessoas estão expostas pode paralisar alguns membros ou mesmo toda a família.



### Destaque

Equipes que atuam com famílias enlutadas devem saber acolher todo tipo de reação e identificar pessoas que necessitam de atenção especial para a elaboração do luto.

Outra situação com a qual os profissionais da saúde deparam nas famílias é a ocorrência de doenças crônicas ou incapacitantes. Mais uma vez, o grupo familiar será atingido de diferentes formas, dependendo de quanto suas relações são funcionais e saudáveis. A forma como a equipe de saúde aborda a pessoa doente, considerando-a “em uma condição incapacitadora”, e não como “incapacitada”, pode auxiliar a família a não reduzir o integrante doente à doença, estimulando suas potencialidades. Apoio especial deve ser oferecido aos cuidadores, pois muitas vezes têm sua vida tão limitada quanto a da pessoa que passa pela doença.

Finalmente abordaremos a questão de famílias em situação de vulnerabilidade socioeconômica. No Brasil, muitas famílias convivem com problemas de subsistência. Os indicadores referentes à situação de pobreza e miséria encontrada no país têm apresentado avanços, mas há ainda muito a percorrer.



### Saiba mais...

Dificuldades econômicas costumam estar associadas a fatores como desemprego, problemas habitacionais e de saneamento, baixa escolaridade, famílias com maior número de crianças ou dependentes (como idosos e doentes), dificuldades de acesso a recursos comunitários, presença de situações de violência. Fatores como esses expõem as famílias à vulnerabilidade social e de saúde física e mental.

## TRABALHANDO COM FAMÍLIAS VULNERÁVEIS

Os profissionais da ESF têm contato próximo e cotidiano com as famílias. Do ponto de vista sistêmico, passam a fazer parte do sistema familiar não somente no momento da visita, mas principalmente como referência para as questões de saúde. O agente comunitário pode desenvolver sua atuação fazendo o exercício de olhar as situações “de dentro”, como morador da mesma comunidade, e “de fora”, como profissional de saúde. Para isso, precisa da ajuda da equipe para ampliar sua capacitação e supervisionar suas intervenções.

A avaliação da condição da família pode ser realizada de várias formas. Existem alguns instrumentos específicos, mas uma entrevista com a maior parte dos membros da família, garantindo-se a presença do principal responsável, pode oferecer muitas das informações necessárias. O fundamental é facilitar a comunicação para explorar as visões de vários membros da família, permitindo que a informação circule e identificando aspectos que revelem dificuldades, conflitos e potencialidades.

Um instrumento que vem sendo utilizado por equipes da ESF é a **Escala de risco familiar** ou **Escala de Coelho**, que estratifica itens observados, classificando sua situação de risco com base em dados que já são colhidos pelos agentes comunitários de saúde (COELHO; SAVASSI, 2004).

A Escala de Coelho é uma estratégia desenvolvida em Minas Gerais para a ESF, por meio da qual podemos realizar uma leitura prévia sobre as famílias do nosso território de abrangência. Com base nos critérios de risco identificados na Ficha A (condições de moradia, número de entes etc.), podemos classificar as famílias entre Risco 1, Risco 2 ou Risco 3 (risco leve, moderado ou grave). Com a aplicação da escala em todas as famílias, a equipe passa a ter maior compreensão sobre a relação entre os determinantes de saúde e as situações vividas por elas. Além disso, a escala oferece subsídios para a equipe destinar tempo e metodologias de intervenções diferenciadas, conforme os riscos apresentados pelas famílias de seu território de abrangência, buscando ter uma agenda de prioridades de acordo com o princípio da equidade.

### EXEMPLO DE APLICAÇÃO/APLICABILIDADE DA ESCALA DE COELHO

<b>QUADRO I</b> <b>Dados da Ficha A do SIAB e escore de pontuação de risco</b> <b>Classificação das famílias segundo pontuação</b>		
Dados da Ficha A		Escore
Acamado		3
Deficiência física		3
Deficiência mental		3
Baixas condições de saneamento		3
Desnutrição (grave)		3
Drogadição		2
Desemprego		2
Analfabetismo		1
Menor de seis meses		1
Maior de 70 anos		1
Hipertensão arterial sistêmica		1
Diabetes Mellitus		1
Relação morador/cômodo	Se maior que 1	3
	Se igual a 1	2
	Se menor que 1	0
Escore total	Classificação de risco	
Escore 5 ou 6	R1	
Escore 7 ou 8	R2	
Maior que 9	R3	

Fonte: Escala de Coelho (COELHO; SAVASSI, 2004).

### QUADRO 2

Dados da Ficha A do SIAB e escore de pontuação de risco  
Classificação das famílias segundo pontuação

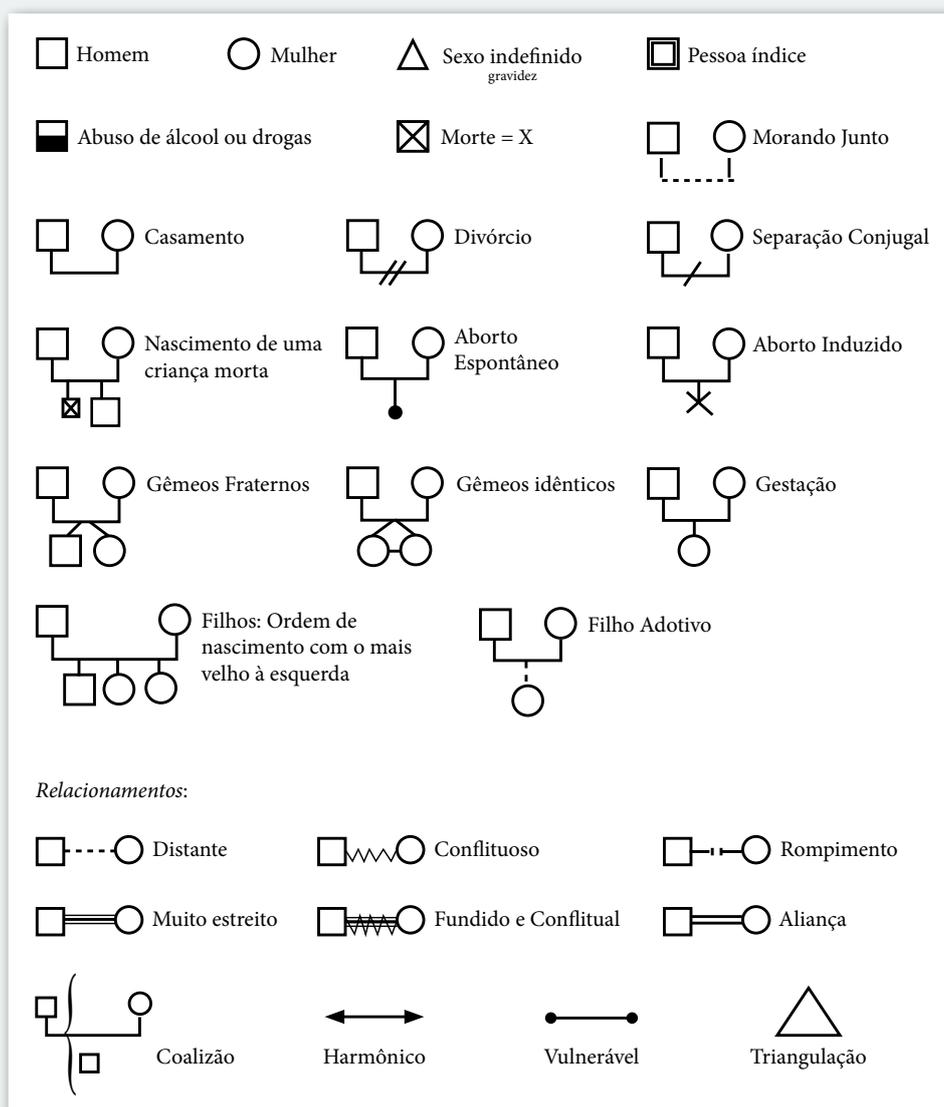
	Equipe					
	I	II	III	IV	V	VI
	n=190	n=207	n=208	n=195	n=195	n=197
Classificação de risco	n (%)					
R1	170 (94)	149 (82)	147 (81)	165 (91)	165 (91)	160 (88)
R2	14 (4)	34 (10)	34 (10)	27 (10)	24 (7)	17 (5)
R3	6 (2)	24 (8)	27 (9)	3 (1)	6 (2)	20 (7)

Fonte: Escala de Coelho (COELHO; SAVASSI, 2004).

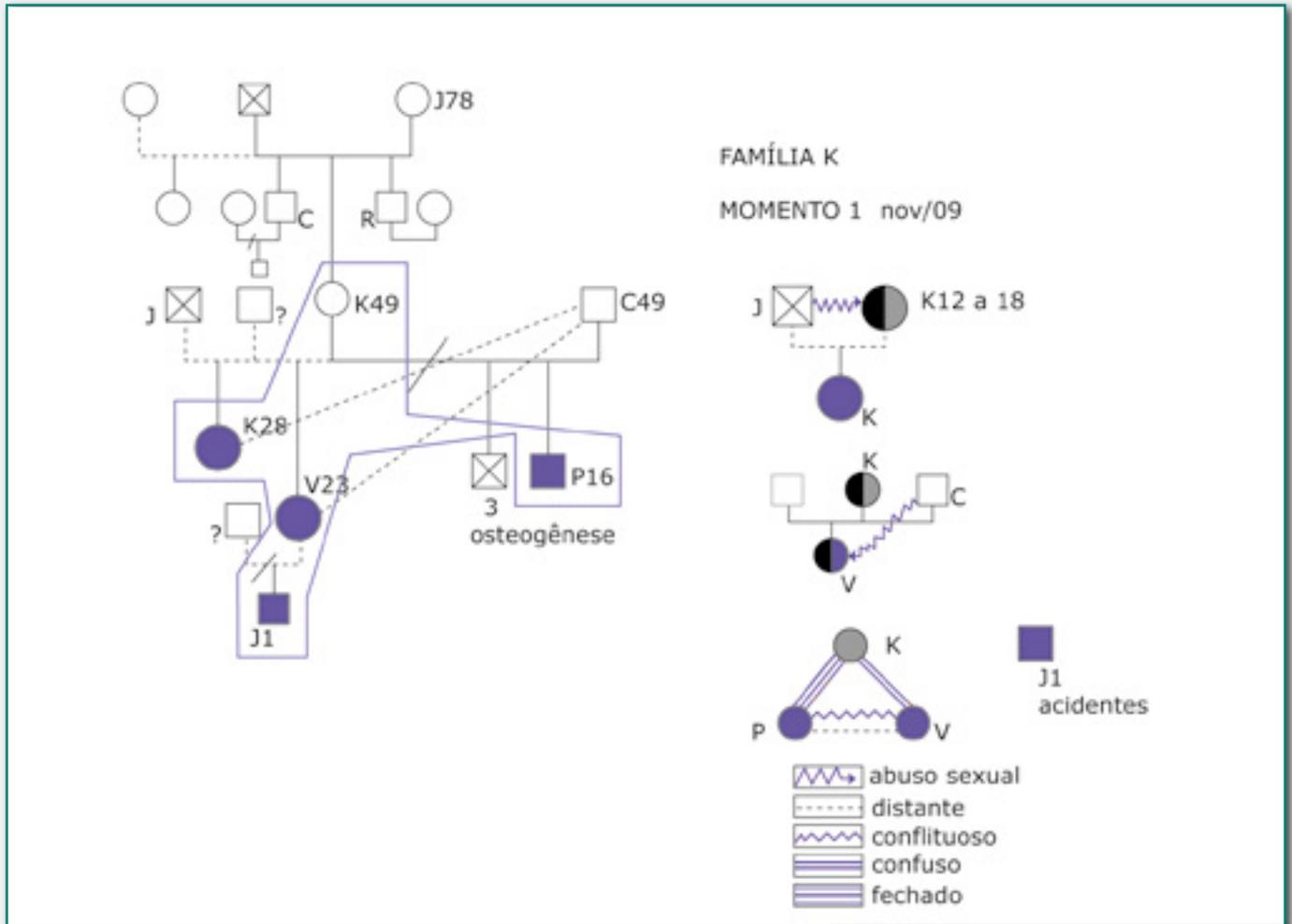
## O GENOGRAMA

O genograma é outro instrumento interessante para ampliar o conhecimento sobre as famílias. Trata-se de uma representação gráfica do sistema familiar, preferencialmente em três gerações, que utiliza símbolos padronizados para identificar os componentes da família e suas relações. Os terapeutas familiares utilizam-no como estratégia para avaliação e intervenção. Algumas equipes da ESF já o empregam para visualização dos agravos de saúde e planejamento de ações.

A seguir, apresentamos os símbolos mais correntemente utilizados em genogramas e um exemplo comentado:



\_Fig. 3 - Genograma - símbolos



\_Fig. 4 - Exemplo de genograma

Neste exemplo, temos a representação gráfica de uma família e de alguns de seus relacionamentos. No caso, estão presentes quatro gerações. Temos o primeiro casal, em que o homem é falecido e teve um relacionamento paralelo ao casamento que gerou uma filha. Na geração seguinte, há uma mulher que tem três filhos vivos de três relacionamentos diferentes. Teve também um falecido, e a causa da morte está explicitada. Uma de suas filhas tem um filho de um relacionamento informal. A linha tracejada que vai do indivíduo C até as filhas de K indica que ele as adotou. A linha que envolve parte do sistema indica que residem juntos. Como se trata de um exemplo, não utilizamos todas as informações, mas sempre que possível, é interessante colocar nomes, datas dos casamentos, mortes e outros dados que sejam pertinentes para o caso.

Há também uma representação das relações de acordo com um tipo de padronização existente. Verificamos que K sofreu abuso sexual dos 12 aos 18 anos e P é fruto desse relacionamento. A outra filha de K, chamada V, foi abusada pelo padrasto C. O relacionamento entre K e suas filhas está representado no triângulo: confuso entre K-P; fechado entre K-V; e conflituoso entre V-P. Também é destacado que o bebê de um ano sofreu vários acidentes. Por meio desta representação, sabemos que se trata de uma família em que a violência está presente e os relacionamentos não são satisfatórios.



### Saiba mais...

O genograma é como uma foto de um determinado momento e pode ser refeito quando ocorrem mudanças significativas. As equipes da ESF não realizam intervenções psicoterapêuticas, mas têm condições de identificar pontos de conflito que podem dificultar suas ações de promoção de saúde e realizar os devidos encaminhamentos. Além disso, podem empregar esse instrumento para identificar a presença de problemas de saúde, pessoas que necessitam de cuidados especiais e outros pontos de interesse para suas intervenções.

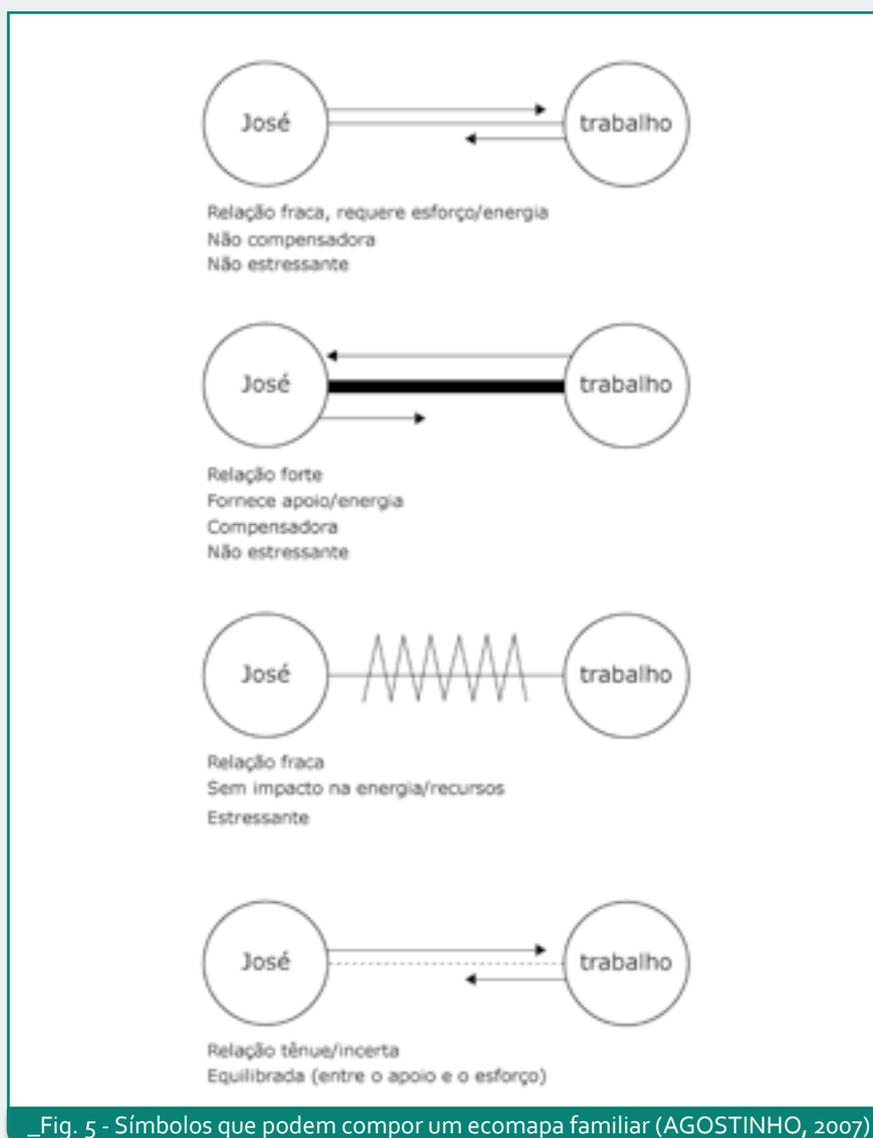
A vantagem do genograma é que apresenta um modo sucinto e universal de representação do grupo familiar, compreensível por todos que o conhecem, evitando textos longos e muitas vezes pouco precisos e operacionais na descrição do grupo familiar. O genograma também pode servir como ferramenta de conversação, seja com a família, seja com a equipe, visando à escuta de diversos pontos de vista sobre cada realidade e a construção simultânea de uma única forma – muitas vezes acaba servindo como instrumento terapêutico, constituindo uma estratégia de vinculação, consenso e exposição dialogada acerca do grupo familiar.

## O ECOMAPA

O ecomapa, tal como o genograma, faz parte dos instrumentos de avaliação familiar, e os dois podem aparecer de forma complementar dentro de um prontuário familiar. Enquanto o genograma identifica as relações e ligações dentro do sistema multigeracional da família, o ecomapa identifica as relações e ligações da família e de seus membros com o meio e a comunidade onde habitam. Foi desenvolvido em 1975 para ajudar as assistentes sociais do serviço público dos Estados Unidos em seu trabalho com famílias-problema (AGOSTINHO, 2007).

O ecomapa não é mais do que uma representação gráfica das ligações de uma família às pessoas e estruturas sociais do meio onde habita ou convive (ambiente de trabalho, por exemplo), desenhando o seu “sistema ecológico”. Identifica os padrões organizacionais da família e a natureza das suas relações com o meio, mostrando-nos o equilíbrio entre as necessidades e os recursos da família (sua rede de apoio social, por exemplo). Pode ilustrar, assim, três diferentes dimensões para cada ligação (AGOSTINHO, 2007):

1. Força da ligação (fraca; tênue/incerta; forte);
2. Impacto da ligação (sem impacto; requerendo esforço/ energia; fornecendo apoio/ energia);
3. Qualidade da ligação (estressante ou não). A **figura 5**, a seguir, traz representações gráficas dos símbolos que podem compor um ecomapa.



## CLÍNICA AMPLIADA E PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

A abordagem familiar e comunitária nos induz a ampliar nossa clínica. A diversidade e a complexidade de situações de vida que emergem do território não podem ser compreendidas mediante uma única perspectiva de atuação. Nesse sentido, é feita a revisão das metodologias propostas pela clínica tradicional biomédica. Esta não abrange os aspectos biopsicossociais relevantes à abordagem das famílias que se encontram sob nossa responsabilidade. O contexto e tudo o que se relaciona a ele devem compor e fazer parte do diagnóstico e dos projetos terapêuticos propostos para as famílias. Tais projetos terapêuticos devem considerar as particularidades de cada situação trazida e reconhecida ao abordarmos as famílias: o projeto terapêutico singular.



### Destaque

A consideração de que precisamos enxergar além do que é praxe em nossa clínica nos impulsiona a trabalhar em equipe, uma vez que nossas perspectivas sempre serão parciais e a única forma de migrarmos para uma visão mais aprofundada sobre a realidade é o trabalho em equipe. A clínica ampliada emerge quando cada profissional passa a compartilhar suas perspectivas. A partir daí, abre-se espaço para o novo, para o singular. Na ESF, o ambiente do trabalho em equipe pode ser direcionado a essa função de ampliar a clínica dos envolvidos, buscando a troca de visões e ferramentas de manejo dos casos.

A construção de projetos terapêuticos singulares faz parte das ferramentas para os cuidados colaborativos/matriciamento estudados anteriormente. Como visto, o PTS é composto por 4 momentos (diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidade e reavaliação), sendo que o diagnóstico pode ser “multiaxial”. Essa construção é possível quando as referências e observações sobre as famílias emergem da troca de perspectivas entre os diversos profissionais. A clínica médica, a clínica da enfermagem, a clínica da odontologia e a clínica do agente comunitário se entrecruzam para mostrar a situação biopsicossocial da família. Nesta prática, é importante que haja organização do espaço de fala e escuta da equipe como um todo, que deve trabalhar horizontalmente.

O diagnóstico multiaxial revela quais são as raízes dos problemas enfrentados pela família biopsicossocial. A equipe levanta situações nesses três âmbitos e, a partir dessa ampliação de olhar, começa a dedicar-se à construção do projeto terapêutico singular.

O **projeto terapêutico singular (PTS)** envolve todos os integrantes da equipe em uma estratégia coordenada de atuação terapêutica. O PTS é uma prática integrada e visa à construção de ações interdisciplinares de cuidado. Cada membro da equipe dispõe de seu saber e suas técnicas para envolver a família num processo ampliado de cuidado. A equipe define um sentido para o tratamento e pactua ações para atingi-lo.

Apresentamos aqui um instrumento prático para a prática da clínica ampliada, que deve ser um facilitador para as discussões em reuniões de equipe e em encontros matriciais com o NASF.

## Clínica Ampliada

### Diagnóstico multiaxial e projeto terapêutico singular

**1 - Queixa da família (qual o pedido manifesto pela família sobre a equipe):**

---



---

**2- Histórico familiar e necessidades que a equipe identifica na família:**

---



---

**3 - Lista de problemas:**

**Priorização**

_____	( )
_____	( )
_____	( )
_____	( )
_____	( )
_____	( )
_____	( )
_____	( )
_____	( )
_____	( )
_____	( )
_____	( )
_____	( )
_____	( )
_____	( )
_____	( )



Neste item, na primeira coluna, todos os membros da equipe apontam quais são os diversos problemas observados na realidade da família. A seguir, na segunda coluna, se dedicam a refletir sobre em qual escala de prioridade devem considerá-los.

**4 - Fatores de risco e vulnerabilidade identificados:**

Escore na Escala de Coelho: \_\_\_\_\_ (alto/médio/baixo risco psicossocial) \_\_\_\_\_

---



---

**5 - Genograma e ecomapa (Vide os exemplos já citados anteriormente)**

**6 - Histórico breve de ações já realizadas:**

---



---

**7 - Principais dificuldades da equipe em relação à família:**

---



---

**8 - Diagnóstico multiaxial**

BIO

PSICO

SOCIAL

<b>EQUIPE</b>	
<p>9 - Projeto terapêutico singular</p> <p>Principais ações a serem desenvolvidas pela equipe (de acordo com a ordem de prioridades):</p> <p>1) _____</p> <p>2) _____</p> <p>3) _____</p> <p>4) _____</p> <p>5) _____</p>	
<p>Profissionais que vão participar do PTS:</p> <p>1) Nome: _____ Função: _____</p> <p>2) Nome: _____ Função: _____</p> <p>3) Nome: _____ Função: _____</p> <p>4) Nome: _____ Função: _____</p> <p>5) Nome: _____ Função: _____</p>	
<b>Profissional</b>	<b>Ação / Como / Quando?</b>
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
<p>10 - Reavaliação (Quando?/Como?/Com quem?)</p> <p>_____ / _____ / _____</p> <p>Principais resolutividades:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	



## Destaque

É fundamental considerar que o projeto terapêutico singular é uma forma de trabalho importantíssima para a equipe, tanto por ser um momento de aprendizado mútuo, como também por reduzir o sentimento de estar sozinho diante das dificuldades enfrentadas pelas famílias.

A construção dessa possibilidade frequentemente necessita de apoio institucional no sentido de priorizar o espaço de discussão e valorizar a autonomia dos membros da equipe, acompanhando o desenvolvimento das ações. Precisamos lembrar constantemente a equipe de que suas ações estão coordenadas, e que, portanto, um depende do outro para que se possa dar continuidade a essa prática ao longo do tempo – sem episódios de desmotivação e falta de fé na capacidade de trabalhar em equipe.

## CONCLUSÃO

Trabalhar com famílias é tão interessante quanto desafiador. Vimos que existem muitas possibilidades de composição familiar e que nenhuma delas é garantia absoluta de saúde, felicidade e crescimento. É fundamental que, como profissionais de saúde, possamos tentar compreender o funcionamento familiar sem recorrer a modelos preconcebidos.

Importa, acima de tudo, identificar obstáculos e potencialidades para o desenvolvimento de um funcionamento saudável. Grupos familiares enfrentam desafios, mudanças e riscos o tempo todo. Alguns estão em situações de maior vulnerabilidade e, entre estes, certamente estão muitas das famílias atendidas pela ESF.

Finalmente, é importante reforçar que resiliência não é sinônimo de invulnerabilidade ou autossuficiência. Seu processo envolve a capacidade de atravessar as adversidades sem negar os sentimentos, dúvidas e temores que elas geram, procurando atribuir-lhes algum significado e extraindo crescimento da experiência.

As relações familiares podem ser fonte de resiliência, e os profissionais de saúde da ESF não só podem estimular esse processo, como também ser parte integrante dele, colocando-se como elementos de acolhimento, apoio e promoção da saúde do sistema familiar. Também devem estar instrumentalizados e confiantes de que são fontes preciosas de apoio.

A compreensão dos movimentos familiares apresentados neste capítulo, a avaliação de risco e a prática da clínica ampliada, tendo o projeto terapêutico singular como metodologia de eleição, devem ser um objetivo a ser alcançado por todas as equipes.

## REFERÊNCIAS

AGOSTINHO, M. **Ecomapa**. Dossier Família. 2007. Disponível em: <<http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10366/10102>>. Acesso em: 24 jul. 2018 .

BRASIL. **Constituição Federal**, 1988.

\_\_\_\_\_. **Código civil brasileiro**. 2002.

\_\_\_\_\_. **Estatuto da criança e do adolescente – ECA**. 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_equipe\\_referencia\\_2ed\\_2008.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf)>. Acesso em: 24 jul. 2018.

CAMPOS, G. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: **Saúde paideia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CHIAVERINI, DULCE HELENA (Organizadora) ... [et al.]. **Guia prático de matriciamento em saúde mental** [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.; 13x18 cm.

COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. Aplicação da escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Brasil, v. 1, n. 2, p. 19-26, 2004.

CUNHA, G. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 2004. 150f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Campinas: Campinas, 2004.

FERNANDES, C.L.C.; CURRA, L.C.D. **Ferramentas de Abordagem da Família**. In: PROMEF: Programa de Atualização em Saúde da Família. Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora, 2006. Ciclo 1, Módulo 1, Capítulo 1, p. 15.

MOURA, A. H. **A psicologia institucional e o clube dos saberes**. São Paulo: Hucitec, 2003.

PASSOS, E.; BENEVIDES DE BARROS, R. Clínica e Biopolítica no Contemporâneo. **Revista de Psicologia Clínica**. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, n. 16, p. 71-79, 2001.

WALSH, F. **Spiritual resources in family therapy**. New York: Guilford, 2003.

WALSH, F. **Fortalecendo a resiliência familiar**. São Paulo: Roca, 2005.

WHITAKER, C.; BUMBERRY, W. **Dançando com a família**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.