

SISTEMA DE EDUCAÇÃO MÉDICA CONTINUADA A DISTÂNCIA

# PROMEF

PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO EM MEDICINA  
DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

ORGANIZADO PELA SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA  
DE FAMÍLIA E COMUNIDADE



SBMFC

Diretores acadêmicos:  
Eno Dias de Castro Filho  
Maria Inez Padula Anderson

Artmed/Panamericana Editora Ltda.

**artmed**<sup>®</sup>  
EDITORA

EDITORIAL MEDICA  
**panamericana**

PROMEF | PORTO ALEGRE | CICLO 1 | MÓDULO 3 | 2006

*Os autores têm realizado todos os esforços para localizar e indicar os detentores dos direitos de autor das fontes do material utilizado. No entanto, se alguma omissão ocorreu, terão a maior satisfação de, na primeira oportunidade, reparar as falhas ocorridas.*

*A medicina é uma ciência em permanente atualização científica. À medida que as novas pesquisas e a experiência clínica ampliam nosso conhecimento, modificações são necessárias nas modalidades terapêuticas e nos tratamentos farmacológicos. Os autores desta obra verificaram toda a informação com fontes confiáveis para assegurar-se de que esta é completa e de acordo com os padrões aceitos no momento da publicação. No entanto, em vista da possibilidade de um*

*erro humano ou de mudanças nas ciências médicas, nem os autores, nem a editora ou qualquer outra pessoa envolvida na preparação da publicação deste trabalho garantem que a totalidade da informação aqui contida seja exata ou completa e não se responsabilizam por erros ou omissões ou por resultados obtidos do uso da informação. Aconselha-se aos leitores confirmá-la com outras fontes. Por exemplo, e em particular, recomenda-se aos leitores revisar o prospecto de cada fármaco que planejam administrar para certificar-se de que a informação contida neste livro seja correta e não tenha produzido mudanças nas doses sugeridas ou nas contra-indicações da sua administração. Esta recomendação tem especial importância em relação a fármacos novos ou de pouco uso.*

#### **Estimado leitor**

*É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação, fotocópia, distribuição na Web e outros), sem permissão expressa da Editora.*

*E quem não estiver inscrito no Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade (PROMEF) não poderá realizar as avaliações, obter certificação e créditos.*

#### **Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**

Rua Morales de los Rios, 2 - Casa.  
20540-010 - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ  
Fone: (21) 2264-5117 - Fax: (21) 2284-2130  
sbmfc@sbmfc.org.br  
www.sbmfc.org.br

#### **SISTEMA DE EDUCAÇÃO MÉDICA CONTINUADA A DISTÂNCIA (SEMCAD®)**

PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

#### **Artmed/Panamericana Editora Ltda.**

Avenida Jerônimo de Ornelas, 670. Bairro Santana 90040-340 - Porto Alegre, RS - Brasil  
Fone (51) 3025-2550 - Fax (51) 3025-2555  
E-mail: info@semcad.com.br consultas@semcad.com.br  
http://www.semcad.com.br

# FERRAMENTAS DE ABORDAGEM DA FAMÍLIA

CARMEN LUIZA CORRÊA FERNANDES  
LÊDA CHAVES DIAS CURRA

*Carmen Luiza Corrêa Fernandes – Médica de família e comunidade. Terapeuta de casal e família. Especialista em Saúde Mental Coletiva. Chefe da Unidade de Saúde Barão de Bagé do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Preceptora de Residência de Medicina de Família e Comunidade no GHC. Supervisora da Associação Brasileira de Terapia de Família. Participante do Family Health International, HIV Prevention Trials (HPTN 052). Supervisora de Educação Continuada em abordagem sistêmica do Serviço de Saúde Comunitária do GHC (Porto Alegre/RS)*

*Lêda Chaves Dias Curra – Médica de Família e Comunidade. Terapeuta de Casal e Família. Especialista em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Chefe da Unidade de Saúde Coimma do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Preceptora da residência de Medicina de Família e Comunidade. Supervisora de educação continuada em abordagem sistêmica do Serviço de Saúde Comunitária do GHC (Porto Alegre/RS)*

## INTRODUÇÃO

A demanda cada vez mais diversificada dos cuidados médicos, a necessidade de prover saúde para todos, o aumento de expectativas das pessoas, o avanço tecnológico associado a recursos escassos, constituem uma situação difícil de ser equacionada.



A **atenção primária em saúde** consiste em um veículo para lidar com os problemas agudos e crônicos, e é constituída por uma série de tarefas que buscam responder às necessidades de saúde de forma compreensiva e contínua, desde o primeiro contato com o paciente, administrando e apoiando habilidades que causam redução do risco em saúde desse paciente, em face da complexidade de fatores físicos e comportamentais que não podemos simplesmente separar.

A tarefa que nos propomos consiste em prover um melhor cuidado, superando a setorização e aproximando-nos de uma visão que tem como princípio a **integralidade e o contexto**.

O primeiro nível do cuidado e da resolução dos problemas de saúde das pessoas ocorre através do **autocuidado** e da **busca de respostas dentro dos recursos próximos**, como a família e a comunidade.



Para descobrir como um paciente resolve seus problemas e ajudá-lo a alcançar suas expectativas de bem-estar, é necessário conhecer e compreender a constituição da sua família e o papel que ele exerce dentro dela, qual sua ocupação, seu nível de educação formal, as expectativas da família em relação a ele e as conexões afetivas construídas através das vivências. A família adquire importância fundamental, visto que pode constituir-se em fonte geradora de problemas e de solução dos mesmos.

A utilização dos princípios da abordagem sistêmica aplicada à família fornece recursos para melhor intervir nas questões de saúde. Dá significado às interações entre os membros da família, pensando nesta como primeiro sistema e no fato de que, havendo mudança em uma parte do sistema, haverá impacto nas outras partes.



1. Como definimos a atenção primária em saúde e que efeitos esse veículo gera?

.....

.....

.....

2. Por que é importante conhecer a estrutura da família e o papel que o paciente exerce dentro dela? Justifique.

.....

.....

.....

O mau êxito terapêutico, muitas vezes, é consequência da não-avaliação da situação-problema dentro do contexto vivencial familiar. É fundamental que o médico possa compreender a família para instituir uma abordagem coerente e culturalmente aceitável, de forma a estabelecer um interesse comum e um vínculo com este sistema, capaz de quebrar a inércia e produzir mudanças.

Na prática cotidiana, os profissionais de atenção primária atendem a pacientes que têm enfermidades, mas que se relacionam, participam e vivem em um contexto mais amplo: **a família**. Além da doença, os pacientes possuem problemas complexos que inúmeras vezes se expressam por sintomas vagos e indefinidos, que não conseguem ser explicados pela ciência médica, porque sua origem está nas dificuldades que existem no seu entorno, onde a família possui um papel central.

Descreveremos um caso clínico que poderá ilustrar a prática cotidiana dos profissionais de atenção primária.



I.C. tem 51 anos de idade, natural da capital do Estado, é branca, casada, do lar, mãe de três filhas. Vem à unidade de saúde com muita frequência por queixas múltiplas e com diferentes repercussões. No último ano, ela realizou 22 consultas ambulatoriais, teve cinco internações hospitalares e um número incontável de consultas na emergência. A paciente possui o diagnóstico de dor pélvica crônica.

Mediante o expressivo número de consultas realizadas em um ano, foram revisadas sua história clínica, seus exames e as condutas adotadas, os quais se mostraram adequados. Apesar das inúmeras queixas, estas não tinham correlação com a clínica e não justificavam a quantidade de vezes que a paciente demandava o serviço de saúde. Foi também observado que a paciente sempre comparecia às consultas de forma descuidada, ansiosa e, independentemente da gravidade das situações e das circunstâncias, queixava-se de tratamento insuficiente.

Passamos a incluir a família nas consultas, pedindo à paciente que trouxesse todos os membros da família que pudessem comparecer na próxima consulta. Assim, em uma entrevista de família, na presença de todos, e tendo sido proporcionado um espaço para que a paciente demonstrasse os afetos, foi desencadeada uma mudança de comportamento que proporcionou a ruptura de uma situação disfuncional para a obtenção de atenção.

Na evolução, conseguimos avaliar que a necessidade de atendimento clínico foi reduzida a um quarto da demanda anterior.

Após a abordagem familiar, a paciente continua sendo acompanhada; tem consultas eventuais junto com o marido e foi integrada a um grupo de mulheres.

No caso referido, a abordagem do contexto familiar serviu para detectar novas estratégias de intervenção. Foram compreendidos os funcionamentos da família, sua dinâmica, quais os estresses que afetavam a família e quais as formas utilizadas para resolvê-los. Procuramos resolver o questionamento: qual a noção que o paciente e sua família têm da doença crônica e que outros recursos estão disponíveis além da superutilização do posto de saúde?



3. Resuma os comentários do autor com relação ao caso clínico apresentado. Que vantagens e/ou desvantagens podem ser associadas ao procedimento adotado?

Resumo	Vantagens	Desvantagens

Uma das premissas básicas do modelo biopsicossocial afirma que os diversos subsistemas (biológico, psicológico, social, individual, familiar e comunitário) mantêm uma estreita relação, de tal forma que possuem influência recíproca que afeta tanto a saúde como a doença.



A teoria geral dos sistemas vem ao encontro dessas necessidades, valorizando a família, a influência das comunidades e as interações pertinentes.

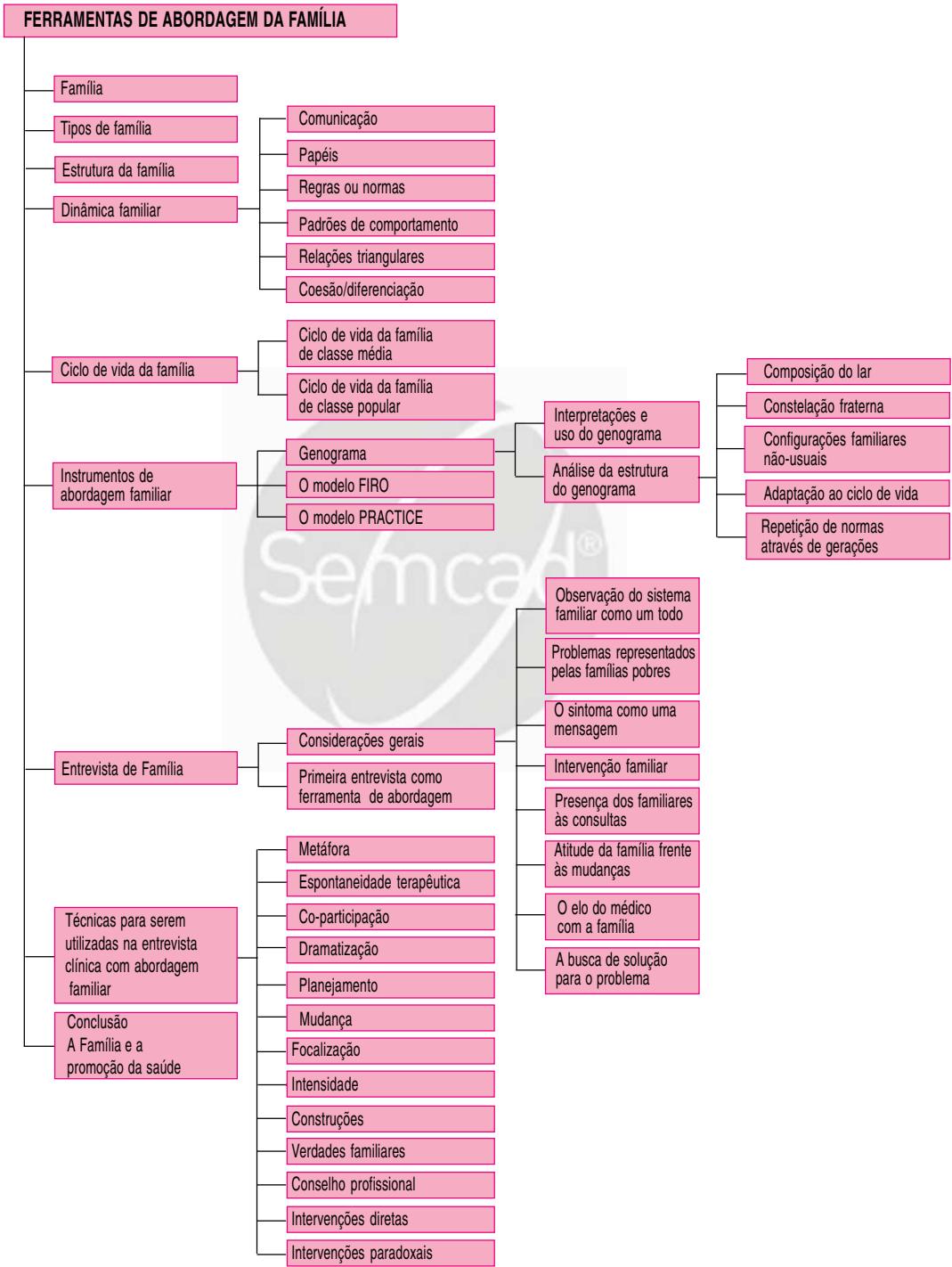
Para compreendermos a família do nosso caso clínico e muitas outras e as situações com que nos deparamos na prática clínica – muitas vezes sob resistência em um no primeiro momento – apresentamos, neste capítulo, alguns conceitos, ou melhor, verdadeiras ferramentas que, de acordo com nossa experiência, irão gerar diferentes visões do problema e possibilitar soluções.

## OBJETIVOS

Esperamos que ao final dos estudos propostos neste capítulo, você possa:

- reconhecer a estrutura da família e o papel que o paciente exerce dentro dela, sua ocupação, seu nível de educação formal, expectativas da família em relação a ele e as conexões afetivas construídas através das vivências;
- identificar a fase na qual se encontra a família no momento da consulta, visando a propor uma ajuda neste período crítico e, através da continuidade, observar a mudança e a reorganização na passagem de uma fase à outra;
- utilizar adequadamente os instrumentos de abordagem familiar, interpretando seus símbolos para analisar e descrever a relação familiar em estudo;
- aplicar as técnicas na entrevista clínica de abordagem familiar, a fim de obter uma avaliação diagnóstica, determinando o tratamento correto e acompanhando o paciente através de estratégias específicas.

ESQUEMA CONCEITUAL



## FAMÍLIA



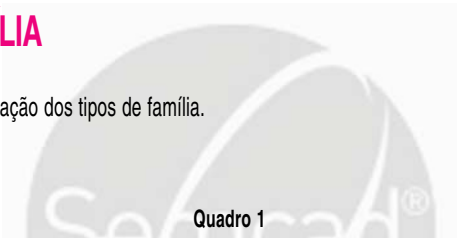
A família constitui um sistema aberto, dinâmico e complexo, cujos membros pertencem a um mesmo contexto social e dele compartilham. É o lugar do reconhecimento da diferença e do aprendizado quanto ao unir-se e separar-se; é a sede das primeiras trocas afetivo-emocionais e da construção da identidade.

Sua história percorre a dialética continuidade/mudança, entre vínculos de pertencimento e necessidade de individuação. É o primeiro grupo do qual fazemos parte e do qual sofreremos influências durante toda a nossa vida.

No mundo intergeracional da família, constituímos-nos como sujeitos e como seres sociais; nosso comportamento só é compreensível sob a luz da organização e funcionamento de um sistema de relações, cujo contexto delimita e confere significado a tudo o que ocorre no seu interior.

## TIPOS DE FAMÍLIA

O Quadro 1 resume a classificação dos tipos de família.



Quadro 1

CLASSIFICAÇÃO DOS TIPOS DE FAMÍLIAS	
Tipo	Conceito resumido
Nuclear	Formada pelos familiares consangüíneos da pessoa-referência, possuindo geralmente um núcleo de um casal e seus filhos
Extensiva	Constituída por mais de uma geração, podendo ter também vínculos colaterais como tios, primos, padrinhos, etc.
Unitária	Composta por uma só pessoa como, por exemplo, uma viúva sem filhos
Monoparental	Constituída por um dos pais biológicos e o(s) filho(s), independentemente de vínculos externos ao núcleo
Reconstituída	Composta por membros de uma família que, em algum momento, teve outra configuração, sofreu uma ruptura e passou a ter um novo formato
Instituição	Instituto que possui a função de criar e desenvolver afetivamente a criança/adolescente
Homossexual	União de pessoas do mesmo sexo, que constituem um casal
Famílias com constituição funcional	Pessoas que moram juntas e desempenham papéis parentais em relação a uma criança/adolescente

■ ESTRUCTURA DA FAMÍLIA

A estrutura da família é composta por um sistema que abriga subsistemas familiares, formados pelos membros da família e suas relações. Cada membro da família pertence, simultaneamente, a mais de um subsistema. Em cada subsistema, o indivíduo tem determinadas funções e diferentes papéis a desempenhar, o que lhe confere diferentes poderes em cada um deles. No Quadro 2, temos uma descrição dos subsistemas familiares.

Quadro 2

SUBSISTEMAS FAMILIARES		
Subsistema conjugal	Sistema parental	Subsistema filial
Composto por um casal, unido por um vínculo afetivo que o leva a formar uma família. O casal negocia, organiza as bases da convivência e mantém uma atitude de reciprocidade interna e uma relação com outros sistemas.	Refere-se às mesmas pessoas que compõem o casal ou pessoas que desempenham o papel de pais através de um vínculo afetivo, podendo ser biológico ou não, com os filhos. Este sistema é chamado de executivo, pois deve desempenhar a socialização, afeto, proteção, desenvolvimento e educação.	Formado pelos filhos, podendo ser subdividido de acordo com características específicas como sexo, idade, relação com os irmãos, etc. As relações dos pais e entre os irmãos ajudam a desenvolver a capacidade de negociar, cooperar e também a desenvolver a relação com figuras de autoridade e entre iguais.

Para entender a estrutura familiar, devemos analisar três aspectos, como mostra o Quadro 3.

Quadro 3

ASPECTOS DA ESTRUCTURA FAMILIAR		
Vínculos relacionais	Limites e fronteiras	Territorialidade
Relacionamento entre os membros da família de forma a caracterizá-los pela proximidade e intensidade emocional que configuram a organização familiar.	Existem limites na caracterização de cada subsistema e do sistema familiar em relação ao meio em que está inserido, de forma a permitir a <b>individualização</b> , a <b>diferenciação</b> e o <b>intercâmbio afetivo</b> suficiente e apropriado entre eles. Os limites podem ser <ul style="list-style-type: none"><li>- difusos;</li><li>- rígidos;</li><li>- claros (essa última característica configura uma adaptação ideal).</li></ul>	Refere-se ao espaço vital e íntimo da família, à disposição e à organização de forma a garantir que cada subsistema possa ter privacidade e, ao mesmo tempo, atmosfera familiar.





4. Assinale a(s) alternativa(s) correta(s).

- A) Na família com constituição funcional, as pessoas moram juntas e desempenham papéis parentais em relação a uma criança/adolescente.
- B) No sistema parental, temos a família formada pelos filhos, podendo ser subdividida por características específicas como sexo, idade, etc.
- C) Existem limites de caracterização de cada sistema e do sistema familiar em relação ao meio em que este está inserido.
- D) Cada membro da família pertence somente a um subsistema com diferentes papéis a desempenhar.

*Resposta no final do capítulo*

## ■ DINÂMICA FAMILIAR

A estrutura das relações familiares se manifesta e se mantém através da comunicação e dos papéis, normas e regras estabelecidos dentro do sistema.

### COMUNICAÇÃO



É todo tipo de troca dos seres vivos entre si e destes com o meio ambiente (gestos, posturas, silêncios, ouvidos, equívocos, etc.).

As pessoas se comunicam de forma digital (verbal) e analógica (não-verbal, corporal, facial).

Nas relações familiares existe uma predominância do componente afetivo; por isso, na vida familiar, a comunicação se dá de forma analógica. As patologias podem ocorrer por uma dificuldade em traduzir a comunicação, o que origina distorções, problemas de comunicação, comunicação paradoxal e dupla mensagem.

O aspecto relacional da comunicação, que se refere ao modo como deve ser entendida a mensagem, denomina-se metacomunicação e se expressa, geralmente, de forma analógica, através da linguagem que não é falada, mas sim, manifestada. A ambigüidade entre o que se comunica e o que se metacomunica é geralmente a origem de uma série de problemas.

### PAPÉIS

Os papéis **orientam** a estrutura das relações familiares. Cada pessoa da família desempenha uma variedade de papéis que se integram à estrutura da família e que se referem às expectativas e normas que a família tem com respeito à posição e conduta de cada um de seus membros.

Tradicionalmente, se tem atribuído graus e formas de poderes diferentes a cada membro da família, de acordo com o papel que cada um desempenha na estrutura intra e extrafamiliar.

### REGRAS OU NORMAS

A homeostase da família se mantém, em parte, à medida que seus membros aderem aos acordos implícitos. As regras, necessárias para qualquer estrutura de relação, constituem a expressão dos valores da família e da sociedade.



## LEMBRAR

As regras representam um conjunto de prescrições de conduta que define as relações e organiza a maneira como os membros da família irão atuar.

Regras ou normas podem ser

- explícitas;
- implícitas;
- secretas ou
- que não necessitam ser explicitadas verbalmente.

As famílias, normalmente, funcionam através de uma mescla desses tipos de regras ou normas.

## PADRÕES DE COMPORTAMENTO

Os padrões de comportamento constituem o resultado do funcionamento familiar e das relações da família com o meio. São repetitivos e estáveis, definindo os limites e a estrutura do sistema familiar e estabelecendo os meios de informações dentro e fora deste sistema.

## RELAÇÕES TRIANGULARES

Tradicionalmente, as relações da família são analisadas na forma de **díades**. Quando há a formação de um triângulo, geralmente isso resulta em uma relação disfuncional.



5. Escreva um parágrafo sobre o tema “regras ou normas e padrões de comportamento na dinâmica familiar”.

.....

.....

.....

.....

O contexto familiar possui alianças de coalizão em função da inclusão ou exclusão de um terceiro. O fenômeno da formação de triângulos adota formas muito variadas, que nos permite compreender os conflitos e as tensões.

## COESÃO/DIFERENCIAÇÃO

A coesão familiar é a força que une os membros de uma família e se traduz em condutas tais como: fazer coisas juntos, ter amigos e interesses comuns, estabelecer coalizões, compartilhar tempo e espaço.

O grau de coesão está relacionado com a diferenciação de seus membros, sendo que a **diferenciação extrema** desintegra a família e a **coesão excessiva** destrói o espaço de crescimento individual. Para sintetizar a díade coesão/diferenciação, apresentamos três possibilidades (Quadro 4).

Quadro 4

POSSIBILIDADES DE COESÃO / DIFERENCIAÇÃO		
Família normal	Família desintegrada	Família simbiótica
Equilíbrio entre as tendências	Predomínio da diferenciação sobre a coesão	Predomínio da coesão sobre a diferenciação

A resposta do sistema familiar às variáveis **coesão e diferenciação** ocorre através de sistemas flexíveis ou rígidos, sendo:

- **sistema flexível** aquele capaz de mudar ao longo do tempo, permitindo em cada fase o crescimento individual de seus membros;
- **sistema rígido** aquele incapaz de mudar ao longo do tempo; nele, os papéis são fixos, o espaço individual é reduzido e a interação é repetitiva.

## ■ CICLO DE VIDA DA FAMÍLIA



É o processo evolutivo que cumpre a família no curso dos anos através da passagem de uma fase a outra da vida.

Ao longo de sua trajetória, a família passa por vários estágios que se caracterizam por eventos naturais que, necessariamente provocam mudanças na organização do sistema familiar.

São consideradas etapas previsíveis as situações esperadas no desenvolvimento da vida familiar; etapas imprevisíveis os fatos inesperados que alteram o tempo e as funções da família, de forma a modificar seu ciclo vital (podemos citar como exemplos morte precoce, gestação na adolescência, etc.).

As distintas etapas do ciclo de vida familiar são marcadas por eventos particularmente significativos como os nascimentos e as mortes, as separações e as uniões, as inclusões e as exclusões dos membros das famílias, portanto, eventos que se referem às mudanças estruturais da família.

A cada fase do ciclo da vida, a família deve enfrentar uma situação nova (associada a um evento), que põe em xeque as antigas modalidades de funcionamento, que já não são as ideais para a mudança que ocorre, necessitando uma nova ordem familiar, segundo Malagoli Togliatti e Telfener, 1992.



6. São fases do ciclo de vida familiar:
- A) noivado;
  - B) luto;
  - C) batismo;
  - D) morte;
  - E) família com filhos pequenos.

*Resposta no final do capítulo*

As diferentes etapas do ciclo da vida exigem da família uma série de ajustamentos para que esta possa cumprir sua função e permitir que seus membros cresçam livres e autônomos.

Quando uma família não consegue realizar esses ajustes e bloqueia uma etapa do ciclo vital, interrompendo a evolução, podem surgir problemas e perturbações, expressões de uma **disfunção momentânea** dentro da família, que não é capaz de enfrentar este evento. Como exemplo, trazemos um caso.



A tímida e retraída Ana chegou ao último ano do ensino médio e irá enfrentar o vestibular. Porém, como filha única, ficou “presa” às diferenças conjugais de seus pais. Ana teme por si e por seus pais, pensando que, se começar a traçar sua própria vida, se começar a diferenciar-se e a amadurecer, o casamento de seus pais poderá romper-se e todos passam a se mostrar ambivalentes. A família encontra-se no estágio do ciclo familiar em que há adolescentes. Ana começa a faltar às aulas, tem dificuldades escolares, sente-se cada vez mais dependente e insegura. Seus pais, cada vez mais, ficam envolvidos com essa situação e todos parecem distantes de perceber as seqüências circulares que geram o problema.

Por **seqüências circulares** entendemos os movimentos que os pais realizam e que diminuem o desconforto momentâneo, mas geram mais dependência emocional, permanecendo todos em estado inalterado.

A filha não cresce e, sendo isso um problema, unem-se os pais em função dela; os pais, em função dela, não a tornam independente e este ciclo torna-se repetitivo.

Esta família, em vez de ser vista como problemática e simbiótica, sob a perspectiva do ciclo de vida, pode ser vista como **paralisada**. Ela necessita de ajuda para enfrentar a difícil transição e, desta forma, auxiliar Ana a estabelecer uma progressiva independência e ter, também, como foco, a revitalização do casal.



A **utilidade do modelo de ciclo vital** consiste na possibilidade, por parte do observador, de identificar a fase na qual se encontra a família em dado momento, propondo ajuda neste período crítico e, através da continuidade, observar a mudança e a reorganização na passagem de uma fase à outra.

A família brasileira de classe média possui similaridades estruturais e de funcionamento baseadas em princípios e expectativas da família de classe média norte-americana e obedece aos mesmos estágios do ciclo de vida, o que não pode ser transposto para a classe popular, a qual necessita de comentários específicos, já que possui uma diminuição, de seis, para três ou quatro estágios em seu ciclo.



7. Complete o quadro com informações relevantes sobre cada caso, indicando a conduta que você, na sua prática clínica, adotaria.

Etapas do ciclo de vida familiar	Informações relevantes	Conduta
Considerado normal		
Considerado bloqueado		

## CICLO DE VIDA DA FAMÍLIA DE CLASSE MÉDIA

No Quadro 5, a seguir, vemos os estágios do ciclo de vida familiar de classe média.

Quadro 5

ESTÁGIOS DO CICLO DE VIDA FAMILIAR <sup>1</sup> DE CLASSE MÉDIA		
Estágio de ciclo de vida familiar	Processo emocional de transição	Mudanças de segunda ordem no <i>status</i> familiar necessárias para prosseguir o desenvolvimento
1. Saindo de casa: jovens solteiros	Aceitar a responsabilidade emocional e financeira (eu)	a) Diferenciação do eu em relação à família de origem b) Desenvolvimento de relacionamentos íntimos com adultos iguais c) Estabelecimento do eu com relação ao trabalho e independência financeira
2. A união familiar através do casamento: o novo casal	Comprometimento com um novo sistema	a) Formação do sistema marital b) Realinhamento dos relacionamentos com as famílias ampliadas e os amigos, de forma a incluir o cônjuge
3. Famílias com filhos pequenos	Aceitar novos membros no sistema	a) Ajustar o sistema conjugal para criar espaço para o(s) filho(s) b) Unir-se nas tarefas de educação dos filhos e nas tarefas financeiras e domésticas c) Realinhamento dos relacionamentos com a família ampliada para incluir os papéis de pais e avós
4. Famílias com adolescentes	Aumentar a flexibilidade das fronteiras familiares para incluir a independência dos filhos e a fragilidade dos avós	a) Modificar o relacionamento com o(s) filho(s), para permitir ao adolescente movimentar-se para dentro e para fora do sistema b) Novo foco nas questões conjugais e profissionais nesta fase do meio da vida c) Começar a mudança no sentido de cuidar da geração mais velha
5. Lançando os filhos e seguindo em frente	Aceitar várias saídas e entradas no sistema familiar	a) Renegociar o sistema conjugal como diáde b) Desenvolvimento de relacionamentos dos adultos e destes com os filhos c) Realinhamento dos relacionamentos para incluir parentes por afinidade e netos d) Lidar com incapacidades e morte dos pais (avós)
6. Famílias no estágio tardio da vida	Aceitar a mudança dos papéis em cada geração	a) Manter o funcionamento e interesses próprios e/ou do casal em face do declínio fisiológico b) Apoiar um papel mais central da geração do meio c) Abrir espaço no sistema para a sabedoria e experiência dos idosos, apoiando a geração mais velha sem superfuncionar por ela d) Lidar com a perda do cônjuge, irmãos e outros iguais e preparar-se para a própria morte. Revisão e integração da vida

## CICLO DE VIDA DA FAMÍLIA DE CLASSE POPULAR



A família de classe popular é descrita como uma família extensa, que vive em um espaço pequeno, compartilhado por vários membros, que estabelecem relações fluidas, não bem-delimitadas e com uma relação de tempo segmentada ao longo da vida.

O contexto em que vivem essas famílias força-as a uma adaptação para atender às necessidades, devido aos seus múltiplos problemas, limitados por um contexto político, social e econômico rígidos, produzindo uma mudança no padrão do ciclo de vida familiar e um encurtamento decorrente de eventos não-previsíveis.

As fases do ciclo familiar podem ocorrer simultaneamente porque, na maioria das vezes, não existem fatos delimitantes na passagem de um estágio para outro.



### LEMBRAR

É essencial a percepção da distinção entre o ciclo de vida de famílias pobres e de classe média.

Reequilibrar o sistema freqüentemente requer mudanças de procedimentos por parte de quem os atende. Exemplificamos com o relato de um caso.



M. C., três anos, vem à unidade de saúde acompanhada de sua irmã, de onze anos, porque passou a noite com febre. A avó está acamada desde o ano passado, devido a acidente vascular cerebral, e sua mãe, que é a provedora econômica da família, está trabalhando em um local, fazendo faxina. Os outros irmãos, de um ano e meio, cinco e seis anos, ficaram em casa, aguardando a irmã mais velha retornar do posto de saúde.

É prática freqüente os serviços de saúde solicitarem a presença de um responsável adulto para a realização da consulta. Mas como viabilizar o atendimento neste caso? Como é possível intervir sem incluir o contexto social e familiar? No referido caso, a filha mais velha foi 'promovida' a um estágio de adulto-jovem e, uma vez que o médico tenha esta visão do contexto, poderá facilitar o atendimento da família neste momento, auxiliar o manejo da consulta e, no estabelecimento de uma conduta, favorecer uma avaliação que permita incluir nova ótica preventiva para possíveis situações de risco (acidentes na infância, erro no tratamento, evasão escolar, violência, gestação na puberdade, dentre outros fatores).

As etapas do ciclo de vida familiar de classe popular são três, conforme descrevemos a seguir.

■ **Família composta por jovem-adulto** – Os adolescentes das famílias de classe popular são freqüentemente “empurrados” para fora de casa para prover a própria subsistência ou são utilizados desesperadamente como fonte de ajuda concreta, tornando-se um adulto sozinho, crescendo por conta própria, sem que nenhum adulto se responsabilize por ele; freqüentemente essa fase começa precocemente, podendo ocorrer em torno dos dez ou onze anos de idade.

■ **Família com filhos pequenos** – Essa etapa ocupa grande parte do período de vida familiar e comumente inclui estruturas domésticas com três ou quatro gerações. As tarefas dessa fase combinam a maioria das tarefas dos “recém-casados” com as da “família com filho pequeno”. São elas: (1) formar um sistema conjugal; (2) assumir papéis paternos

e (3) reorganizar os papéis perante as famílias de origem. Frequentemente, as relações são de curta duração, o que determina que, a cada nova relação, a família se reestruture, dando lugar à necessidade de mais um filho desta nova configuração.

■ **Família no estágio tardio** – Não é provável que haja um “ninho vazio” de fato. Os idosos costumam ser membros ativos da família, mantendo-se com um papel central de sustentar e de educar as gerações mais novas. Esta é a fase que mais vem crescendo ao longo dos anos. As mulheres tornam-se avós precocemente mesmo que, muitas vezes, ainda estejam consolidando sua fase reprodutiva e reconstruindo a vida afetiva. Com a mudança da expectativa de vida, a inserção das mulheres no mercado de trabalho e dificuldades com a moradia, as avós ficam com a responsabilidade de manter sua prole e também os filhos e netos desta.

Os primeiros esforços da equipe para ajudar as famílias a mudar devem consistir em

- explorar a forma como elas definem os seus problemas;
- detectar quem tem o poder de influenciar os resultados;
- verificar qual a rede de apoio com que podem contar;
- saber que forças individuais e familiares possuem;
- procurar saber quais recursos da comunidade podem ser mobilizados para efetivar este auxílio.

As habilidades para reunir informações e explorar as possibilidades incluem

- ouvir,
- observar,
- mapear,
- redefinir,
- ajudar as famílias a explorar acordos e desacordos através de ações espontâneas e orientadas.



8. Caracterize o ciclo de vida da família da classe popular.

.....

.....

.....

.....

## ■ INSTRUMENTOS DE ABORDAGEM FAMILIAR

O atendimento a pacientes em atenção primária depende, fundamentalmente, de uma adequada avaliação clínica e psicológica.



Um diagnóstico será tanto mais fiel quanto maior for a compreensão do significado da doença e da sua repercussão sobre o paciente e sua família.

O diagnóstico do contexto em que o paciente está inserido é complexo, sendo muitas vezes difícil para o paciente relatar as informações, a rede de relações que se estabelecem e a forma como interagem no seu cotidiano. Para auxiliá-lo e para facilitar a nossa compreensão na formulação de um diagnóstico podemos lançar mão de instrumentos de avaliação como: entrevista familiar, conhecer o ciclo de vida familiar e o genograma.

## GENOGRAMA



Genograma é um instrumento de avaliação familiar, também chamado de árvore familiar, usado no passado por Mendel para explicar a transmissão genética das doenças, através das linhas de transmissão intergeracional.

O instrumento se generalizou pela necessidade de acumular informações que, de forma sintetizada, traduzissem

- os antecedentes familiares;
- nível sociocultural;
- condição laboral;
- rede de relações; e
- fatores condicionantes dos problemas de saúde.



McGoldrick e Gerson são os autores que mais têm desenvolvido as aplicações do genograma, definindo-o como “um instrumento para incorporar categorias de informação familiar ao processo de resolução de problemas”.

Ao avaliarmos uma família, seu ciclo de vida, o genograma e as cronologias familiares constituem instrumentos úteis. Eles proporcionam uma visão de um **quadro trigeracional** de uma família e de seu movimento através do ciclo de vida.

O genograma ajuda o médico e a família a ver um “quadro maior”, do ponto de vista histórico, como também o atual: a informação sobre uma família que aparece no genograma pode ser interpretada na forma horizontal, focal, olhando a situação-problema através do contexto familiar e/ou vertical, através das gerações, tentando desvendar padrões que propiciem, longitudinalmente, o aparecimento do problema.

Há hipótese pela qual as normas de vinculação, nas gerações prévias, podem fornecer modelos implícitos para o funcionamento familiar na geração seguinte.



## LEMBRAR

O que sucede em uma geração frequentemente se repetirá na seguinte, isto é, as mesmas questões tendem a aparecer de geração em geração, apesar de a conduta poder tomar uma variedade de formas.

Carter<sup>1</sup> considera que o “fluxo de ansiedade” em um sistema se dá tanto na dimensão vertical como na horizontal.

O **fluxo “vertical”** deriva das normas de funcionamento que se transmitem historicamente de uma geração a outra, em especial através do processo do triângulo emocional.

O **fluxo de ansiedade “horizontal”** surge das tensões atuais que pesam sobre as famílias, à medida que avança através do tempo, suportando as mudanças inevitáveis, as desgraças e as transações no ciclo de vida familiar.

Com a tensão suficiente neste eixo horizontal, qualquer família experimentará disfunção. Além disso, as tensões no



eixo vertical podem criar novos problemas, de modo que até uma pequena tensão horizontal poderá causar sérias repercussões no sistema.

Por exemplo, se uma mulher tem muitas questões não-resolvidas com seu próprio pai (ansiedade vertical), isto pode resultar em dificuldades para tratar os problemas normais na relação de um casal com seu próprio esposo (ansiedade horizontal).



O genograma auxilia o médico a rastrear o fluxo de ansiedade através das gerações e do contexto familiar atual.

Preencher o genograma não representa um fim em si mesmo e nem é uma questão simples, mas proporciona uma visão da estrutura familiar e suas interações. A informação não é estática, e sugerimos que seja usada uma consulta para realizá-lo, sabendo que algumas informações deverão ser colocadas e modificadas com o tempo por qualquer membro da equipe. O genograma é apenas um "esqueleto", que deve ser revestido com importantes informações sobre a família.

Para "revestir de carne os ossos do esqueleto" é necessário saber o que procurar. Dados, relacionamentos e localidades são a estrutura para a exploração

- dos limites emocionais;
- da fusão, dos fatores de proteção;
- dos fatores de resiliência;
- de rompimentos;
- de conflitos críticos;
- da quantidade de abertura;
- do número de relacionamentos atuais e potenciais na família.

Os membros da família podem saber sobre alguns desses fatores, mas não sobre todos, pois os relatos das pessoas sobre experiências muitas vezes refletem suas teorias pessoais da atribuição (o que se supõe que ela seja) e não uma observação precisa (o que ela realmente é).



O mais indicado é solicitar descrições dos relacionamentos familiares, em vez de tirar conclusões sobre eles.



9. Explique a diferença entre o fluxo vertical e o fluxo de ansiedade horizontal de um genograma.

.....

.....

.....

.....

Um questionamento mais detalhado revela a natureza dos relacionamentos pessoais e os triângulos existentes no sistema.

Citamos alguns exemplos de perguntas exploratórias:

- onde moram seus pais?
- com que frequência você os vê, ou escreve ou telefona para eles?
- sobre o que você e sua mãe conversam quando estão sozinhos?
- você sempre sai para almoçar apenas com seu pai?

Outros tipos de informações que ajudam a explicar a vida familiar incluem

- as filiações culturais, étnicas e religiosas;
- os níveis educacionais e econômicos;
- os relacionamentos com a comunidade e com as redes sociais;
- a natureza do trabalho que os membros da família exercem.

Assim como um indivíduo rompido com sua família ampliada pode estar fusionado em sua família nuclear, uma família rompida com seus laços sociais e comunitários pode estar aglutinada em suas próprias emoções, com recursos externos limitados para dissipar a ansiedade e a angústia.



V.S., 55 anos, branca, casada, natural do interior do Estado, do lar, mãe de cinco filhos homens. É a segunda filha de uma prole de seis filhas; o irmão mais moço é um homem que está hoje com dezenove anos. Seu marido é filho único do terceiro casamento de seu pai; não sabe se tem outros irmãos. Não convive com a família de origem há vinte anos. V.S. convive pouco com os irmãos, e seus pais já faleceram: a mãe há cinco anos, e o pai há três, ambos por câncer. A paciente vem à unidade de saúde com muita frequência por queixas múltiplas e com diferentes repercussões. No último ano, realizou 63 consultas ambulatoriais, cinco internações hospitalares e um número incontável de consultas na emergência. A paciente possui o diagnóstico de asma brônquica moderada. Diante do expressivo número de consultas realizadas em um ano, sua história clínica foi revisada, e os exames e as condutas se mostraram adequados e irretocáveis do ponto de vista clínico. Foi também, observado que a paciente sempre comparecia às consultas sozinha independente da gravidade das situações e das circunstâncias que as envolviam. A família vive da pensão que a paciente recebe do pai e de biscates que o marido faz em serralheria.



10. Justifique a importância de solicitar ao paciente para descrever os relacionamentos familiares para a construção do genograma.

.....

.....

.....

.....

11. São elementos essenciais do genograma:

- A) trigeracionalidade;
- B) eventos previsíveis e crise vital;
- C) relações e representação afetiva das relações;
- D) A e C são as alternativas corretas.

*Resposta no final do capítulo*

A pessoa que se envolve na busca de maior aprendizagem sobre sua família sabe onde procurar informações. A maior parte das famílias tem um ou dois membros que sabem muito sobre a família.

O genograma possui dois elementos principais: o estrutural e o funcional.

Em primeiro lugar dispomos os **dados estruturais** como: nome, idade, profissão, situação laboral, mortes na família citando datas e causas, doenças, cuidador principal e assinalamos o informante (paciente).

O **genograma funcional** complementa as informações e traz uma visão dinâmica, pois mostra a interação entre os membros da família.

Existem **regras básicas** para a **construção do genograma**, como propõem Freitas e De la Revilla.

- Há uma simbologia própria para a construção do genograma, que facilita a análise de possíveis influências na dinâmica do grupo, as quais podem estar atuando e tendo relação com o problema do paciente.
- Sempre fazemos o genograma de, no mínimo, três gerações.
- Primeiramente fazemos o do casal e seus filhos.
- Fase do ciclo vital.
- Sistema familiar de origem.
- Estressores.
- Rede social de apoio.
- Interpretações do problema.
- Relações familiares e vitais mais significativas.

Elaborar um genograma supõe **três níveis**.

- A) Traçado da estrutura familiar.
- B) Registro das informações sobre a família.
- C) Descrição das relações familiares.

#### A) Traçado da estrutura familiar

A **base do genograma** é a descrição gráfica de como diferentes membros de uma família estão biologicamente e legalmente ligados entre si, de uma geração a outra. Este traçado é a construção de figuras que representam pessoas e linhas que descrevem suas relações.

A seguir, detalharemos os respectivos símbolos que utilizamos para a construção dos genogramas.

- 1) Cada membro é representado por um quadrado ou um círculo, conforme seja um homem ou uma mulher, respectivamente.
- 2) O “paciente identificado”, ou seja, aquele que é percebido como o “problema”, vem representado com uma linha dupla no quadrado ou no círculo.
- 3) Para representar uma pessoa falecida, coloca-se um “x” dentro do quadrado ou do círculo.
- 4) As gestações, abortos e partos de um feto morto são indicados pelos seguintes símbolos:
  - **gestação com morte**: triângulo referindo o desfecho;
  - **aborto espontâneo**: círculo negro;
  - **aborto provocado**: cruz.
- 5) As relações biológicas e legais entre os membros das famílias são representadas por linhas que conectam esses membros.
- 6) Se um casal vive junto, mas não é casado, se utiliza uma linha pontilhada.
- 7) As barras inclinadas cortando a linha de relação significam uma interrupção do matrimônio, sendo uma barra para a separação e duas barras para o divórcio.
- 8) O casamento rompido é representado pelo corte da linha da união com a data e os casamentos subsequentes, podendo ser posicionados com linhas paralelas, datas importantes e posicionamento dos filhos por ordem cronológica.
- 9) Os filhos vão situando-se da esquerda para a direita.
- 10) Utilizamos uma linha pontilhada para conectar um filho adotivo à linha dos pais.
- 11) Os gêmeos idênticos são representados por linhas convergentes à linha dos pais que, por sua vez, estão conectados por uma barra. Caso não sejam idênticos, omitimos a barra.
- 12) Para indicar os membros da família que vivem na mesma casa, utilizamos uma linha pontilhada, englobando-os.

B) Registro das informações sobre as famílias

- 1) **Informações demográficas** – Incluem idades, datas dos nascimentos e mortes, ocupações e nível cultural. As idades são colocadas dentro das figuras. Para indicar falecimentos, dispomos, interiormente, uma cruz.
- 2) **Informações sobre o funcionamento** – A informação funcional inclui dados mais ou menos objetivos sobre saúde, emoção e comportamento. Esses dados são colocados ao lado do desenho quando se constrói o genograma, o que facilita a leitura do funcionamento da família (genograma funcional).
- 3) **Acontecimentos familiares críticos** – Incluem mudanças de relações, migrações, fracassos e sucessos. Esses dão um sentido de continuidade histórica da família.

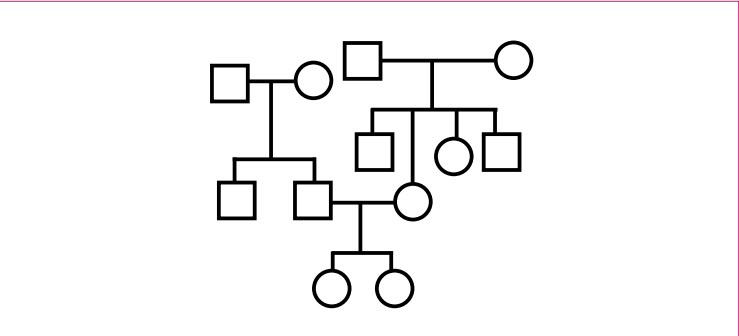
C) Descrições das relações familiares

- 1) **Fusionados**: três linhas paralelas.
- 2) **Unidos**: duas linhas paralelas.
- 3) **Separados**: uma linha cortada tangencialmente por outra linha.
- 4) **Conflitivos**: uma linha quebrada que une os dois indivíduos.
- 5) **Fusionados e conflitivos**: três linhas paralelas que, em seu interior, contém uma linha em zigue-zague.



12. Complete o quadro, especificando as vantagens e desvantagens que você detecta na aplicação do genograma, como instrumento de abordagem familiar.

Genograma	
Vantagens	Desvantagens



**Figura 1** – Genograma descrevendo graficamente como os diferentes membros de uma família estão biologicamente e legalmente ligados entre si

No Quadro 6, temos alguns dos símbolos utilizados na construção dos genogramas.

Quadro 6

SÍMBOLOS UTILIZADOS NA INTERPRETAÇÃO DE GENOGRAMAS	
□	homem
○	mulher
+	morte
—	união entre duas pessoas
=	casamento
≠	separação
≡	relacionamento muito estreito
...	relacionamento muito distante
∩	relacionamento conflituado
└┐...	adoção
?	abandono, não-conhecido
^	gêmeos bivitelinos
△	gêmeos idênticos
●	aborto



13. Como um encontro com a família pode propiciar um melhor entendimento do médico e da família sobre os problemas clínicos da paciente?

- A) A paciente pode queixar-se dos familiares.
- B) A família pode dizer como vê o problema.
- C) O sistema criado pode funcionar para apoiar através de uma atuação em rede.
- D) A consulta pode diminuir o número de consultas.

14. Identifique temas essenciais que devem ser considerados para realizar o encontro com a família.

- A) Utilização do serviço de saúde
- B) Formas de marcação de consulta
- C) Uso de medicação a longo prazo
- D) Apoio familiar
- E) Todas as opções estão corretas

15. Quais devem ser seus objetivos para o encontro com a família?

- A) Aproximação
- B) Entendimento do problema
- C) Elaboração de plano diagnóstico, terapêutico e de acompanhamento
- D) Todas as alternativas estão corretas
- E) Nenhuma alternativa está correta

Respostas no final do capítulo

## Interpretações e uso do genograma

- O genograma é um sistema de registro simples e muito importante em equipes multiprofissionais, como instrumento de relação de múltiplos setores.
- Permite um olhar mais qualitativo e com mais trocas, rompendo dinâmicas e bloqueios produzidos quando enfocamos o problema.
- É excelente para detectar fatores de risco individuais e familiares.
- Possibilita a sensibilidade para problemas psicossociais, os quais representam 23 a 60% da demanda de um ambulatório de atenção primária.
- Serve para conhecer e montar uma rede de apoio eficaz para o problema do paciente.
- É um recurso diagnóstico de famílias disfuncionais, para detecção e planejamento do contexto.
- Traz elementos para o ensino.

## Análise da estrutura do genograma

### ■ Composição do lar

A estrutura do genograma mostra a composição da família, permitindo concluir se estamos diante de uma família nuclear intacta, ou diante de uma família com apenas um dos pais presente, ou de uma família que voltou a se unir, etc.

### ■ Constelação fraterna

A posição fraterna pode ter, em particular, uma importância para a posição emocional de uma pessoa dentro da família de origem e nas futuras relações com seu cônjuge e filhos.

Freqüentemente, os filhos mais velhos sentem que são especiais e responsáveis por manter o bem-estar da família e por continuar a tradição familiar. Do filho mais velho sempre se esperam grandes resultados. O filho mais novo muitas vezes é tratado como o “bebê” da família e pode estar acostumado a que os outros se ocupem dele.

Os jovens podem sentir-se mais livres e menos encarregados com a responsabilidade familiar.

Não é surpreendente que os filhos únicos tendam a ser mais independentes do ponto de vista social e menos orientados para as relações com seus iguais. Os filhos únicos têm características mescladas, tanto dos filhos mais velhos como dos mais novos, ainda que haja o predomínio das primeiras, como resultado de serem o único centro das atenções dos pais.

Com freqüência, um filho do meio, a menos que seja ele ou ela o único homem ou a única mulher, deve lutar para obter um papel na família.

A posição fraterna pode predizer algumas dificuldades maritais. Por exemplo, aqueles que se unem a um cônjuge da mesma posição fraterna têm mais dificuldades em adaptar-se ao casamento.

Outro fator a considerar para compreendermos as constelações familiares é a **diferença de idade** entre os irmãos. Uma regra prática é que, quanto maior a diferença de idades, menor é a ocorrência de trocas de experiências entre os irmãos.

Em geral, os irmãos com uma diferença de idade maior do que seis anos são mais filhos únicos do que irmãos, já que passam pelas etapas do desenvolvimento separadamente.

### ■ Configurações familiares não-usuais

Às vezes, certas configurações estruturais saltam aos olhos, sugerindo temas ou problemas críticos para a família. Como exemplo, podemos observar:

- multiplicidade de separações e/ou divórcios;
- preponderância de mulheres profissionalmente bem-sucedidas;
- reinteração na escolha de um tipo de profissão: maestros, médicos, comerciantes, etc.

### ■ Adaptação ao ciclo de vida

Essa categoria implica a compreensão das transições do ciclo de vida aos quais a família está se adaptando. O ajuste de idades e datas no genograma nos permite ver se os fatos do ciclo de vida se dão dentro das expectativas.

Pode ser significativo explorar os motivos de eleição de um casal com marcada diferença de idade como, por exemplo: ele com 25 anos e ela com 48 anos de idade; uma mulher que tenha seu primeiro filho aos 43 anos, um homem que se torna pai aos 70 anos ou uma família onde todas as filhas, já adultas, permanecem solteiras e morando com os pais. Tudo isso sugere distanciamento do padrão normativo do ciclo vital e merece um maior estudo.

### ■ Repetição de normas através das gerações

Já que as normas familiares podem transmitir-se através das gerações, o médico de família e comunidade (MFC) deve estudar o genograma para descobri-las.

Várias situações tais como alcoolismo, incesto, sintomas físicos, violência e suicídio tendem a repetir-se nas famílias de uma geração a outra.

As questões vinculares de proximidade, distância, conflito, etc., também podem repetir-se de uma geração a outra.



16. Baseado na resposta anterior, defenda ou refute a possibilidade de utilização do genograma como instrumento de abordagem familiar.

.....

.....

.....

.....

17. Assinale **V** (verdadeiro) ou **F** (falso), conforme seja verdadeira ou falsa cada uma das alternativas a seguir.

- ( ) Sintomas físicos tendem a repetir-se nas famílias de uma geração a outra.
- ( ) O filho do meio é aquele de quem os pais esperam grandes resultados.
- ( ) A posição fraterna pode motivar algumas dificuldades conjugais.
- ( ) Quanto maior a diferença de idade, menor é a troca de experiências entre irmãos.

*Resposta no final do capítulo*

## ■ ENTREVISTA DE FAMÍLIA

### CONSIDERAÇÕES GERAIS

Faz parte do cotidiano do Médico de Família e Comunidade (MFC) detectar problemas de saúde com repercussão ou influência familiar, porém esta situação, quando se apresenta, não chega ao médico traduzida como um pedido de ajuda. Logo, é este profissional que deverá sugerir uma nova abordagem, como a possibilidade de atendimento com toda a família, para encaminhar uma resolução da situação-problema.

Embora cada profissional tenha a sua própria maneira para atender famílias, os instrumentos para a abordagem familiar que facilitam essa intervenção têm referencial sistêmico e merecem ser explicitados para amparar melhor a nossa prática. Assim, expomos, a seguir, aspectos a considerar na prática de abordagem familiar.

### Observação do sistema familiar como um todo

É indispensável **observar o todo** e não as partes do sistema familiar, porque a soma das partes não reflete o funcionamento do todo. Não é adequado, portanto, pensar e diagnosticar uma situação-problema de forma a obtermos uma leitura individual da situação, isto é, usarmos as informações de um dos componentes da família e tomá-las como verdades absolutas. Isto pode tornar-se, de imediato, uma aliança com aquele membro da família.

Mesmo quando atendemos a apenas uma pessoa da família – se tratarmos de um referencial sistêmico – poderemos elaborar uma hipótese sistêmica. Ver o todo consiste em observar cada um como uma peça que se articula com os demais.

### Problemas representados pelas famílias pobres

As famílias muito pobres, quando encaminhadas aos serviços de saúde, apresentam múltiplos problemas e grande ambivalência em relação ao valor do tratamento. Costumam chegar atrasadas, faltar às consultas ou interromper prematuramente o tratamento. A complexidade das questões que cercam a miséria proporciona aos profissionais um sentimento de impotência e promove a sensação de que atender a essas famílias pouco ajuda a efetuar mudanças em suas vidas.

As famílias pobres e com múltiplos problemas apresentam e enfrentam muitos desafios. O sucesso neste enfrentamento depende, em parte, de sua capacidade de manter a esperança e, neste sentido, o MFC pode exercer papel importante, através do suporte, da escuta ativa e empática. Construir um entendimento sistêmico para a compreensão das situações de vulnerabilidade e crise, sejam clínicas ou familiares, são mecanismos que auxiliam o clínico a perseverar, a não perder a esperança e a acreditar na mudança, assim como, sem dúvida, é de grande valia para as famílias.

### O sintoma como uma mensagem

O sintoma do paciente identificado – aquele que a família aponta como doente – tem uma função, que é ser a expressão, a comunicação; traz em si uma mensagem, quase sempre secreta, que precisa ser decodificada para ser compreendida, visto ser a resultante da interação dos diversos segmentos em causa. Nessa perspectiva, ninguém é vítima ou culpado, certo ou errado, mas parte de uma resultante circular.

### Intervenção familiar

A boa forma de intervenção familiar deve prever, logo no início, a duração e os objetivos da mesma. Precisamos negociar claramente com a família a proposta do ponto de chegada e encontrar o foco a ser tratado. A abordagem intervém de forma pontual, o que faz com que famílias tradicionalmente descritas como “difíceis” possam aderir ao tratamento.



Nós iremos trabalhar aquilo que a família apontou como problema no momento, não sendo, portanto, algo indefinido e vago. A família aprende a enfrentar novas situações. A proposta tem essa dimensão. Em média, são necessários dez atendimentos, embora com seis ou sete já possamos obter resultados e poderemos reservar as outras para seguimento em momentos posteriores.

## Presença dos familiares às consultas

Vir a tratamento revela uma grande mobilização emocional para a família, sendo que isto somente ocorre em situações extremas, de crise e de muito incômodo. Tanto é assim que, à medida que o problema minimiza, a ansiedade diminui e há um decréscimo da frequência familiar às consultas. Porém, deve-se reforçar a necessidade da presença desses membros, lastimando as ausências ao tratamento.

O ideal é que estejam presentes em todas as consultas todos os membros da família que foram identificados no início. No entanto, nossa prática tem indicado que parece um exagero condicionar a continuidade do tratamento à presença de todos aos encontros já que, muitas vezes, o tempo para o reconhecimento do problema pode ser diferente para os membros de uma mesma família.

## Atitude da família frente às mudanças

A família sempre busca a homeostase, mesmo quando a situação possa parecer negativa ou dolorosa. A família apresentará uma atitude negativa frente à mudança, ainda que verbalmente expressem o contrário. Há sempre uma lógica que impulsiona esses comportamentos. **Por isso, devemos ressaltar o lado positivo das mudanças.** A conotação positiva é um aspecto fundamental em atendimento de famílias, pois estas estão sempre buscando um equilíbrio.

## O elo do médico com a família

É imprescindível consolidar uma aliança com a família, pois só assim muitas situações podem ser desbloqueadas. É preciso tornar claro que o profissional está ali para entender a família. **Ele não está ali para julgar.** Devemos destacar os valores positivos da família.

Devemos levar em consideração que, por pior que seja a situação da família, ela chega à consulta como que a nos dizer: “Isso aqui foi o máximo que conseguimos”.

## A busca de solução para o problema

O médico de família não deve apresentar (as suas) soluções para os problemas da família, pois as soluções têm que partir da própria família. Além de tudo, seria essa uma atitude intervencionista e potencialmente ineficaz. A família, mesmo que não explicita, procura manter a situação ou o equilíbrio, embora precário. Ademais, ela nem sempre percebe o problema como sintoma, nem a necessidade da intervenção ou de passar por mudanças mais profundas e arriscadas. Os sintomas, que formalizam a demanda, podem não ser o motivo real da busca de atendimento, mas a justificativa da busca para um outro contexto.

É prudente que o profissional, nessa perspectiva, não insista em mudanças: “se vocês conseguem viver dessa forma, por que querem mudar?”. Concretamente, o papel da abordagem familiar consiste muito mais em clarificar as relações e as funções de cada membro nos processos dessa dinâmica, do que em indicar soluções. O profissional é alguém que quer entender e busca auxiliar na comunicação entre os pares de forma a estabelecer uma nova forma de relação entre as partes do sistema (família).



18. Na entrevista de família, as autoras relacionaram vários aspectos a considerar na abordagem familiar. Analise os trechos apresentados a seguir, posicione-se de acordo com sua vivência médica e escreva os argumentos que sustentam sua opinião.

Aspectos relativos a entrevistas de família	Argumentação
É indispensável observar o todo e não as partes do sistema familiar, pois a soma das partes não reflete o funcionamento do todo.	
O sintoma do paciente identificado traz em si uma mensagem, quase sempre secreta, que precisa ser decodificada.	
A abordagem deve intervir de forma pontual, fazendo com que famílias descritivas como “difíceis” adiram ao tratamento.	
O ideal é que estejam presentes em todas as consultas, todos os membros da família identificados no início.	
A família sempre busca a homeostase. A conotação positiva é um aspecto fundamental, pois estas estão sempre buscando um equilíbrio.	
É imprescindível consolidar uma aliança com a família, é preciso ficar claro que o médico não está ali para julgar.	
Os sintomas, que formalizam a demanda, podem não ser o motivo real da busca de atendimento, mas a justificativa da busca para um outro contexto.	

PRIMEIRA ENTREVISTA COMO FERRAMENTA DE ABORDAGEM

O médico tem o papel de organizador do atendimento e, por este motivo, frequentemente outros membros da equipe ou da comunidade o escolhem para avaliar a família.

É importante que o encontro terapêutico seja “funcionante”. O objetivo da primeira entrevista é construir uma aliança com a família e desenvolver a hipótese sobre que fatores estão mantendo o problema em questão. A primeira entrevista é uma situação única, portanto é fundamental que não se formem barreiras para o entendimento das situações. É aconselhável iniciar a entrevista com o mínimo possível de informações advindas pela percepção de outros colegas. O primeiro objetivo da consulta é estabelecer um relacionamento harmonioso. A chave para se construir uma aliança é aceitar as pessoas como elas são. É fundamental que as pessoas se sintam compreendidas e aceitas.



O MFC deve manter-se atento para as interações verbais e não-verbais que se instalam diante de si, pois essas irão demonstrar as zonas de força e fragilidade do sistema.

Habitualmente, a primeira entrevista é composta por quatro etapas:

- apresentação social;
- visão do problema;
- exploração da estrutura e dinâmica familiares;
- eleição dos objetivos do tratamento.

Como primeira etapa do procedimento terapêutico, o MFC segue as regras culturais de relação social, demonstrando a preocupação com que todos estejam bem-acomodados. Apresenta-se e solicita ajuda para que se apresentem.

O MFC pode utilizar os primeiros minutos para falar informalmente, depois de repetir, brevemente, o motivo do encontro, caso saiba, e então solicitar a opinião de cada membro da família.

Nesse ponto, o objetivo é ouvir cada pessoa, uma de cada vez, cabendo ao terapeuta bloquear, polidamente, porém com firmeza, as possíveis interrupções, reunir informações e estabelecer um relacionamento harmonioso.

Além de estar atento ao conteúdo da apresentação, observando as semelhanças e diferenças entre os membros que ali se encontram, o MFC observa o modo como se comporta a família. Nesta etapa, deve evitar interpretações e aceitar o que dizem, ainda que lhe pareça confuso.

Na etapa seguinte, o MFC explora a estrutura familiar, favorecendo a interação entre os membros. É conveniente propiciar que conversem sobre o problema pois, desta maneira, explicitarão a forma como conduzem tal situação.



#### LEMBRAR

A principal preocupação, neste momento, deve ser a de compreender o modo funcional como atuam e poder desenvolver hipóteses.

Devemos nos concentrar nos problemas específicos e nas soluções tentadas; examinar o grau de autonomia e diferenciação, avaliando o traçado de limites, flexibilidades e disfunções. Devemos explorar pontos de estresse, tendo clareza quanto aos níveis de tolerância que os pacientes podem suportar.

Devemos considerar o possível envolvimento dos membros da família, dos amigos ou das pessoas que lhes prestam ajuda, localizando redes de apoio.

O novo sistema, família e MFC, elegem os objetivos e possíveis mudanças a serem alcançados no tratamento. Uma das razões para se especificar claramente o problema é que, assim, posteriormente, poderemos saber se alcançamos os objetivos.

## ■ TÉCNICAS PARA SEREM UTILIZADAS NA ENTREVISTA CLÍNICA COM ABORDAGEM FAMILIAR

Na prática do MFC, são utilizados princípios norteadores, guiados pelos cuidados primários em saúde, segundo os quais o seu trabalho deve

- promover atenção integral (tratamento, reabilitação, promoção e prevenção da doença);
- desenvolver ação continuada (a ação deve cobrir longitudinalmente a vida da pessoa);

- estabelecer postura holística (visão sistêmica dos problemas de saúde), centrada na pessoa e não na doença e ter os problemas estudados dentro de um contexto familiar e social.

Assim, poderemos formular a seguinte pergunta: sendo tão amplo seu espectro de ação, como reunir tantas qualidades e obter resultados?

Historicamente, o aprendizado, na prática, tem sido um recurso amplamente utilizado, porque induz à **reflexão**, à **aquisição de habilidades** e à **aproximação das necessidades das pessoas**; entretanto, muitas vezes isso ocorre de forma intuitiva e pouco sistematizada.

Seguem algumas técnicas que merecem destaque, pois muitas delas podem estar incorporadas à prática sem serem reconhecidas.

Dentro do **enfoque sistêmico**, é essencial que o paciente seja tratado junto ou próximo a sua família. A inclusão dos membros da família vai permitir solicitar uma rede de apoio.

Como exemplo desta solicitação, citamos: “... *É importante a sua presença, porque quando a sua filha nasceu, possivelmente a senhora tenha vivenciado situações difíceis, como não conseguir amamentar ... e, agora, a senhora pode estar próxima dela e auxiliá-la, neste momento de fragilidade*”.

A maneira exposta que apresenta uma nova leitura da situação chama-se **reenquadramento**. Citamos um exemplo: “Dona Maria, sei que a senhora é muito preocupada com seu filho José, mas agora deixe-o falar como está vendo o problema”. Ou: “Não o percebo como autoritário, ele é muito organizado e determinado”. Dessa forma, uma abordagem em que uma visão diferente daquela que a família habitualmente conhece dos problemas é oferecida pelo médico.

## METÁFORA

Um auxílio que muitas vezes causa impacto é o recurso de **metáfora**. As metáforas são imagens poderosas que caracterizam certas realidades de modo claro e definido, possibilitando o melhor entendimento da situação. Por exemplo: “Eu gostaria de entender, mas parece que o seu sofrimento assemelha-se a um tufão...”. Ou, falando a um casal: “Da forma como se tratam, voltar a se relacionar como era no início da união parece tão difícil quanto pedalar para trás num rafting de águas revoltas!”

Vejamos outros recursos técnicos utilizados nas abordagens de terapia de família.

## ESPONTANEIDADE TERAPÊUTICA

Requer a si mesmo. Deve fazer parte do sistema terapêutico pois, para ser efetivado como membro deste, deve responder às circunstâncias de acordo com as regras do sistema. Por exemplo: um médico que tem sido treinado para empregar diferentes aspectos de si mesmo, em resposta a contextos sociais diversos, pode fornecer aos seus pacientes exemplos que tenha vivido, narrando-os.

## CO-PARTICIPAÇÃO

Co-participar com uma família representa mais uma atitude do que uma técnica e é a cobertura sob a qual todas as transações terapêuticas ocorrem. Consiste em deixar a família perceber que o médico os compreende e está trabalhando com eles e para eles.

Quando o médico não está no mesmo estágio de desenvolvimento que a família, pode co-participar de uma posição de modéstia, pedindo ajuda para compreendê-los. Por exemplo, um médico de família recém-formado, que precisa traba-

lhar as perdas de um paciente que acabou de se aposentar, pode solicitar ao paciente que conte um pouco da sua história de vida, sua inserção na atividade profissional e explique, exatamente, as sensações e percepções que está vivenciando neste momento.

## DRAMATIZAÇÃO

É a técnica na qual o médico pede à família para mostrar, na sua presença, como atuam, através da encenação de uma situação já vivenciada. Quando as pessoas dramatizam uma cena, tendem a demonstrar o afeto que foi desencadeado na situação ocorrida; quando há a narração, as pessoas descrevem os fatos de forma a apresentar os desfechos e não os sentimentos que provocaram os problemas.

## PLANEJAMENTO

Consiste no fato de o médico conjecturar sobre as famílias para abrir possibilidades no enfoque terapêutico. Isso pode ocorrer quando levamos em consideração o ciclo vital e também as características estruturais das famílias. Por exemplo, em situações nas quais o médico percebe uma “desarrumação” no funcionamento familiar, o planejamento deve privilegiar propostas de estruturação da família, assim como trabalhar os limites de cada um e as fronteiras, explicitando a hierarquia, clarear as regras familiares, eliminar as ambigüidades e estabilizar os vínculos.

## MUDANÇA

Varia conforme a concepção do novo sistema (família e médico). O objetivo é desafiar os aspectos disfuncionais da homeostase familiar. Por exemplo, quando um casal tem problemas e usa a família de origem para resolver o problema (gastos) e reclama da intervenção dos mesmos no seu cotidiano, a proposta de mudança deve ser no sentido da autonomia do casal e da sua independência econômica.

## FOCALIZAÇÃO

Observando a família, o clínico é inundado pelos dados. Focar é selecionar o problema e organizar os fatos que tenham relevância para construir o plano terapêutico. É escolher e priorizar uma situação-problema dentre tantas que possam ser trabalhadas com a família. Por exemplo, em uma família na qual haja violência física, dificuldades na escola e enurese ao mesmo tempo, “**estancar**” a **agressão** é, sem dúvida, o primeiro passo na abordagem.

## INTENSIDADE

O clínico deve fazer a família “ouvir”, e isso requer que a mensagem supere o limite de “surdez” imposto pela família.

Construções cognitivas, por si sós, raramente são suficientemente poderosas para provocar mudanças. As mensagens não podem simplesmente ser enviadas, devendo ser reconhecidas; para tanto, existem várias técnicas que proporcionam intensidade nas consultas, como: a repetição da mensagem, mudar a distância e a posição de como todos estão sentados, resistir à pressão da família (por exemplo: não realizar algo solicitado), etc.

## CONSTRUÇÕES

Através dos símbolos universais, das verdades familiares e do conselho profissional, o MFC constrói uma realidade alternativa possível. O poder das **construções universais** reside no fato de que elas lidam com os fatos que todos sabem, não trazem novas informações e são imediatamente reconhecidas como realidade comum. O MFC usa esse consenso como plataforma para edificar uma realidade diferente para a família.

## VERDADES FAMILIARES

O MFC presta atenção às justificativas da família, às suas transações e usa a mesma concepção de mundo para expandir seu funcionamento.

## CONSELHO PROFISSIONAL

O MFC apresenta uma explicação diferente da realidade familiar baseada em sua experiência, conhecimento ou sabedoria.

## INTERVENÇÕES DIRETAS

As intervenções diretas são os conselhos, as sugestões, as interpretações e as tarefas fixadas tomadas literalmente e seguidas tal como prescritas. O objetivo das intervenções diretas é modificar, de maneira direta, regras ou papéis dentro da família. São dadas com a expectativa de que serão seguidas e, por isso, usadas quando se percebe que a família responderá a elas. Assim sendo, representam, de certa forma, um direcionamento realizado pelo médico, uma conduta pronta, sem que antes haja um processo reflexivo para que o paciente chegue a essa mesma conclusão.

## INTERVENÇÕES PARADOXAIS

São aquelas que, se forem seguidas, cumprirão o oposto do que aparentemente pretendem. Seu êxito depende do desafio da família às instruções do médico ou que obedeça a elas ao ponto do absurdo do retrocesso. Por exemplo, se um menino não quer ir à escola porque tem medo de ficar sozinho, a intervenção paradoxal deve ser a de que este permaneça “todo” o tempo com a mãe, inclusive sem poder brincar ou ficar sem ela em lugares em que sua presença seria dispensável.

## O MODELO FIRO

O modelo Orientações Fundamentais nas Relações Interpessoais (FIRO) foi originalmente desenvolvido por Schutz, em estudo de grupos em um sistema social. Mais recentemente, Doherty e Colengelo adaptaram o modelo para seus estudos de casos de famílias. Esta proposta de modelo é bastante difundida no Brasil, principalmente através do Programa de Saúde Familiar (PSF), mas ainda não temos nenhum estudo de validação no Brasil.

Recomendamos a leitura do protocolo sugerido para a intervenção de avaliação de pacientes e famílias com doenças sérias, elaborado pelos doutores Lawrence Librach e Yves Talbot, do Departamento de Medicina de Família e da Comunidade da Universidade de Toronto.

## O MODELO PRACTICE

O modelo PRACTICE foi elaborado com o objetivo de auxiliar os clínicos na estruturação do seu atendimento às famílias. O acrônimo PRACTICE, exposto a seguir, facilita a coleta de informações, o entendimento do problema de maneira focada, a elaboração de uma avaliação com construção de intervenção para o problema, seja ele de ordem clínica, de comportamento ou relacional.<sup>2</sup>

- P *presenting problem* (problema apresentado)
- R *roles and structure* (papéis e estrutura)
- A *affect* (afeto)
- C *communication* (comunicação)
- T *time in life cycle* (fase do ciclo familiar)
- I *illness in family* (doenças na família, ontem e hoje)
- C *coping with stress* (enfrentamento do estresse)
- E *ecology* (meio ambiente, rede de apoio)

## ■ CONCLUSÃO – A FAMÍLIA E A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Enfim: “Sempre foi pensado que a orientação para a família contribuisse para bons serviços de saúde. O conhecimento da família oferece não apenas o contexto para avaliação dos problemas dos pacientes e ajuda para isolar a probabilidade de diversos diagnósticos possíveis, mas também é importante na decisão a respeito de uma intervenção apropriada, porque as famílias podem diferir em sua capacidade de realizar diferentes tratamentos e manejar estratégias.

Para que a **atenção primária** otimize a saúde, ela deve focar a saúde das pessoas na constelação dos outros determinantes de saúde, ou seja, no meio social e físico no qual as pessoas vivem e trabalham, em vez de focar apenas sua enfermidade individual”<sup>3</sup>.



19. Depois de ler e refletir sobre as técnicas de abordagem familiar, preencha o quadro com um exemplo e faça um comentário.

Técnica	Exemplo	Comentário
Dramatização		
Focalização		
Verdades familiares		
Co-participação		

## RESPOSTAS ÀS ATIVIDADES

Atividade 4

Respostas: **A, C**

Atividade 6

Resposta: **E**

Atividade 11

Resposta: **D**

Atividade 13

Resposta: **C**

Atividade 14

Resposta: **E**

Atividade 15

Resposta: **D**

Atividade 17

Resposta: **V, F, V, V**

## REFERÊNCIAS

1. Carter B, McGoldrick M. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. Trad. Maria Adriana Veríssimo Veronese. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
2. Barrier D, Bybel M, Chistie-Seely J, Whittaker Y. PRACTICE: A family assessment tool for family medicine. In: Chistie-Seely (ed). Working with families in primary care: A systems approach to health and illness. New York: Praeger, 1984, 214-34.
3. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. 726p.





## BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association.
2. Randol B, Burton JR, Zieve PD. Principles of ambulatory medicine. 6<sup>th</sup> edition. Lippincott Williams & Williams; 2003.
3. Cavalcante AM. Psiquiatria, outros olhares... falando em terapia familiar sistêmica. Psychiatry on-line Brasil. Jan 2003. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/arquivo/mou0104.htm>. Acesso em: 05/07/05.
4. Cibanal L. Primeira entrevista. Disponível em: [Http://perso.wanadoo.es/aniorte\\_nic/apunt terap\\_famil\\_6.htm](Http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt terap_famil_6.htm). Acesso em: 10/05/05.
5. Congresso Internacional Co-Educação de Gerações SESC. 2003; São Paulo. Painel: Família e relacionamento de gerações. Tai Castilho.
6. Macedo RMS. Coord. Grupo de trabalho: Família e comunidade. X Simpósio Científico – 24 a 28 de Maio de 2004. Praia Formosa – Aracruz. In: Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia.
7. Education for general practice. Radcliffe Medical Press Ltd. V.9, N.2, May 1998; p.165-290.
8. Falceto OG, Busnello ED, Bozzetti MC. Validation of diagnostic scales of family functioning for use in primary health care services. Rev Panam Salud Publica. 2000 Apr; 7(4):255-263.
9. Fernandes CLC. Família: da compreensão à construção da rede social. Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária. Módulo de Terapia de Família. Programa de Residência Médica em Medicina Geral e Comunitária. 2000.
10. Fry J, Light D, Rodnick J, Orton P. Reviving primary care. Radcliffe Medical Press Ltd. 1995.
11. Linn W. Trabalhando com famílias. Livro de trabalho para residentes.
12. MacDaniel HS et al. Terapia familiar médica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994; Cap 4.
13. Moura MS. A trajetória do amor – Ensaio sobre a medicina familiar. Execução gráfica: Corlito/Setúbal. 2000.
14. McWhinney. A textbook of family medicine. 2<sup>th</sup> edition. Oxford. 1997.
15. Minuchin P, Colapinto J, Minuchin S. Trabalhando com famílias pobres. Trad. Magda França Lopes. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.
16. Nichols MP, Schwartz RC. Terapia familiar: Conceitos e métodos. Trad. Magda França Lopes. 3ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.
17. Prado LC, et al. Famílias e terapeutas construindo caminhos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996; p.202-3.
18. Programa de Trabajo Social y Apoyo a La Dinámica y Estructura Familiar. La intervencion familiar en los servicios sociales comunitários. Gobierno de La Rioja.
19. Whitaker A, Bumberry W. Dançando com a família. Trad. Rose Eliane Starosta. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
20. Yurss I. Atención a la familia: otra forma de enfocar los problemas de salud en atención primaria. Instrumentos de abordaje familiar. Anales. Unidad de Programacion y Docência. Direccion de Atencion primaria. Servicio Navarro de Salud/Osasunbidea.

Reservados todos os direitos de publicação à  
ARTMED/PANAMERICANA EDITORA LTDA.  
Avenida Jerônimo de Ornelas, 670 – Bairro Santana  
90040-340 – Porto Alegre, RS  
Fone (51) 3025-2550. Fax (51) 3025-2555  
E-mail: info@semcad.com.br  
consultas@semcad.com.br  
http://www.semcad.com.br

*Capa e projeto:* Tatiana Sperhacke  
*Diagramação:* Ethel Kawa  
*Editoração eletrônica:* Eska Design + Comunicação  
*Supervisão da editoração eletrônica:* Israel Pedroso  
*Coordenação pedagógica:* Evandro Alves  
*Supervisão do processamento pedagógico:* Magda Collin  
*Processamento pedagógico:* Evandro Alves, Luciane Ines Ely,  
Rita de Lourdes Bernardes Justino e Alane Nerbass Souza  
*Revisão do processamento pedagógico:* Magda Collin, Rubia Minozzo,  
Cássia Pinto, Evandro Alves e Rafael Eisinger Guimarães  
*Coordenação da revisão de originais:* Dinorá Casanova Colla  
*Revisão de originais:* Evandro Alves,  
Rita de Lourdes Bernardes Justino e Alane Nerbass Souza  
*Coordenação-geral:* Geraldo F. Huff

Diretores Acadêmicos:

**Eno Dias de Castro Filho**

*Médico de Família e Comunidade. Mestrado em Educação.  
Secretário Adjunto de Saúde de Porto Alegre de 1993 a 1997.  
Diretor do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) de 2003 a fevereiro de 2005.  
Preceptor do PRM/MFC do SSC/GHC e Diretor Científico da SBMFC.*

**Maria Inez Padula Anderson**

*Preceptora da Residência de Medicina Integral da UERJ.  
Presidente da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.*

P964

Programa de Atualização de Medicina de Família e  
Comunidade  
(PROMEF) / organizado pela Sociedade Brasileira de  
Medicina de Família e Comunidade. – Porto Alegre :  
Artmed/Panamericana Editora, 2005.  
17,5 x 25cm.

(Sistema de Educação Médica Continuada a Distância -  
SEMCAD).

1. Medicina – Família – Comunidade. I. Sociedade  
Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. II.  
Título.

CDU 616-084

Catálogo na publicação: Mônica Ballejo Canto – CRB 10/1023



# SBMFC

Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

*Diretoria (órgão executivo)*

Gestão 2004-2006

**Presidente**

Maria Inez Padula Anderson

**Vice-Presidente**

Marcello Dala Bernardino Dalla

**Diretor de Eventos e Integração**

Marco Aurélio Cândido de Melo

**Diretor de Telemedicina e Informática**

Leonardo Cançado Savassi

**Primeira Secretária**

Joana Lourenço Lage

**Diretor de Exercício Profissional**

Hamilton Lima Wagner

**Diretor Residente - Suplente**

Rodrigo Chavez

**Diretor Financeiro**

Carlos Eduardo Aguilera Campos

**Secretário Geral**

José de Almeida Castro Filho

**Diretor Residente**

Barbara Barreiros

**Diretor de Titulação**

João Werner Falk

**Diretor Científico**

Eno Dias de Castro Filho

**Diretora de Formação e Capacitação**

Irmã Monique Bourget

**Diretor Cultural e de Divulgação**

Gustavo Gusso

*Conselho Diretor (órgão deliberativo)*

Gestão 2004-2006

**Presidente da SBMFC**

Maria Inez Padula Anderson

**Vice-Presidente da SBMFC**

Marcello Dala Bernardino Dalla

**Presid. e representante do Estado Acre**

Rodrigo Pereira Silveira

**Presid. e representante do Estado Alagoas**

Irapuan Medeiros Barros Junior

**Presid. e representante do Estado Amazonas**

David Ferreira Vieira Miranda

**Representante do Estado da Bahia**

Hildete de Santana Ferreira

**Presid. e representante do Estado Ceará**

José Roberto Pereira de Sousa

**Presid. e representante do Estado Distrito Federal**

Cláudio Henrique P. F. da Silva

**Representante do Estado Espírito Santo**

Cláudia Reis Cardoso de Mello

**Representante do Estado Goiás**

Marco Aurélio Cândido de Melo

**Representante do Estado Minas Gerais**

Hércules de Pinho

**Representante do Estado Mato Grosso do Sul**

Yvone Maria De Barros Weber Prieto

**Representante do Estado Mato Grosso**

Tereza Cristina Jeunon Sousa

**Presid. e representante do Estado Pará**

Clóvis José Vieira da Silva

**Presid. e representante do Estado Pernambuco**

Rodrigo Luciano Bandeira de Lima

**Presid. e representante do Estado Paraná**

Ana Maria Santana

**Presid. e representante do Estado Rio de Janeiro**

Ricardo Donato Rodrigues

**Representante do Estado Rondônia**

Robinson Cardoso Machado

**Presid. e representante do Estado Rio Grande do Sul**

Elson Farias

**Presid. e representante do Estado Santa Catarina**

Flávia Henrique

**Presid. e representante do Estado Sergipe**

Denise Santos do Nascimento

**Presid. e representante do Estado São Paulo**

Sara Turcotte

**Representante do Estado Tocantins**

Raimundo Célio Pedreira

Presidentes de Estaduais, mas que não

fazem parte do Conselho Diretor

(delegaram a representação)

**Presid. do Estado Goiás**

Roque Gomide Fernandes

**Presid. do Estado Rio de Janeiro**

Pedro Lima

**Presid. do Estado Minas Gerais**

Leonardo Savassi

Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

Rua Morales de los Rios, 2 - Casa.

20540-010 - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ

Fone: (21) 2264-5117 - Fax: (21) 2284-2130

sbmfc@sbmfc.org.br - www.sbmfc.org.br