

LORRAINE M. WRIGHT
MAUREEN LEAHEY

ENFERMEIRAS *e* **FAMÍLIAS**

**Guia para Avaliação e
Intervenção na Família**

5^a
EDIÇÃO



ROCA

Modelo Calgary de Avaliação da Família

O Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF) é uma estrutura multidimensional, integrada, baseada nos fundamentos teóricos de sistemas, cibernética, comunicação e teoria da mudança, e influenciada pelo pós-modernismo e pela biologia de cognição. Esta quinta edição inclui uma discussão sobre a distinção entre o uso do MCAF para avaliar uma família e o seu uso como uma estrutura organizada, ou modelo, para trabalhar com as famílias, para ajudá-las a resolver problemas.

O MCAF tem recebido reconhecimento mundial desde a sua primeira edição (em inglês), em 1984. É adotado por muitas faculdades e escolas de enfermagem na Austrália, Grã-Bretanha, América do Norte, Brasil, Hong Kong, Japão, Finlândia, Suécia, Coreia, Taiwan, Portugal, Cingapura, Espanha, Islândia e Tailândia. É mencionado com frequência na literatura, especialmente no *Journal of Family Nursing*. Além disso, o International Council of Nurses reconheceu-o como um dos quatro principais modelos de avaliação familiar no mundo (Schober e Affara, 2001). Originalmente adaptado de uma estrutura de avaliação da família, desenvolvida por Tomm e Sanders (1983), o MCAF foi substancialmente revisado, em 1994, 2000 e 2005 e, mais uma vez, é aperfeiçoado nesta quinta edição.

O MCAF consiste em três categorias principais:

- Estrutural
- De desenvolvimento
- Funcional

Cada categoria contém várias subcategorias. É importante que *cada* enfermeira decida quais as subcategorias relevantes e apropriadas para exploração e avaliação com *cada* família e a *cada* momento no tempo. Ou seja, nem todas as subcategorias precisam ser avaliadas em uma primeira reunião com a família e algumas nunca precisarão de avaliação. Se a enfermeira utilizar muitas subcategorias, poderá ser dominada pelos dados. Caso sejam discutidas poucas categorias, pela enfermeira e pela família, ambas poderão ter uma visão distorcida dos pontos fortes ou problemas, bem como da situação familiar.

É útil conceituar essas três categorias de avaliação e suas muitas subcategorias como um diagrama ramificado (Fig. 3.1). Quando as enfermeiras utilizam as subcategorias constantes do lado direito do diagrama ramificado, elas coletam maior número de dados microscópicos. É importante que elas estejam aptas a se deslocar para cima e para baixo no diagrama, a fim de reunir todas as informações relevantes em uma avaliação integrada. Esse processo de sintetização de dados ajuda as enfermeiras a trabalhar com situações familiares complexas.

É também importante para a enfermeira o reconhecimento de que uma avaliação familiar baseia-se em suas experiências de vida pessoal, profissional, crenças e relacionamentos com os entrevistados. "Não deve ser considerada como 'a verdade' sobre a família, mas, de certa forma, como

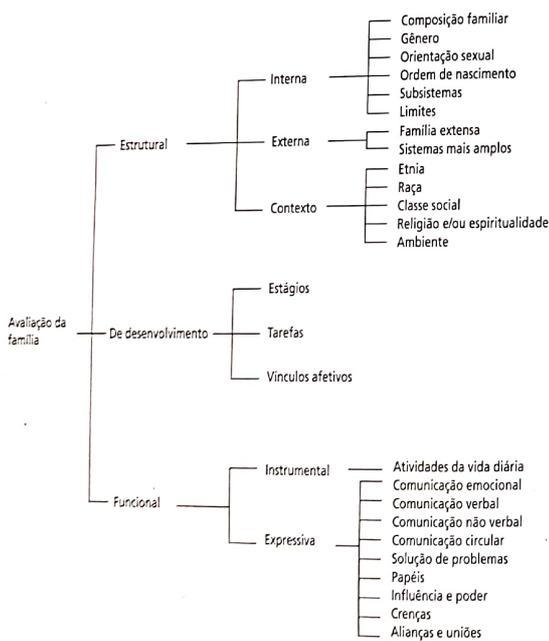


Figura 3.1 - Diagrama ramificado do Modelo Calgary de Avaliação da Família.

uma perspectiva em um determinado ponto no tempo" (Levac, Wright e Leahey, 2002, p. 12).

Acreditamos ser útil para as enfermeiras determinar se estão utilizando o MCAF como um modelo para avaliar uma família ou como estrutura organizada para o trabalho clínico com uma família específica para ajudá-la a lidar com uma questão de saúde. Quando aprendem sobre o MCAF, estudantes e enfermeiras novatas no trabalho com famílias provavelmente o considerem um modelo útil para a avaliação direta das famílias. Da mesma forma, pesquisadores que procuram avaliar famílias considerarão o modelo útil.

Esse uso do modelo implica em fazer perguntas à família sobre ela mesma com o propósito expresso de obter um rápido *flash* de sua estrutura, desenvolvimento e funcionamento em um determinado momento no tempo.

Entretanto, o nosso modo de usar o MCAF não é o mesmo da pesquisa, mas uma maneira bastante clínica. Depois que a enfermeira se torna experiente com as categorias e subcategorias de MCAF, ela pode usá-lo como uma estrutura de organização clínica para ajudar as famílias a resolver problemas ou questões. Por exemplo, uma família de um só genitor que se encontra em estágio de desenvolvimento com adolescentes terá muitas experiências positivas extraídas dos estágios iniciais do desenvolvimento para enfrentar uma enfermidade inesperada do filho adolescente. A enfermeira, lembrando-se dos estágios de desenvolvimento da família com o uso do MCAF, suscitará essa resiliência. Ela fará perguntas e desenvolverá intervenções colaborativas com a família para estimular seu funcionamento durante esse episódio de cuidados de saúde.

As famílias em geral não se apresentam aos profissionais de cuidados de saúde para serem "avaliadas". Mais exatamente, elas se apresentam ou são encontradas por enfermeiras quando estão enfrentando uma doença ou procurando assistência para melhorar a qualidade de vida. O MCAF ajuda a orientar as enfermeiras a auxiliar as famílias.

Neste capítulo, cada categoria de avaliação é discutida separadamente. Os termos são definidos propondo-se exemplos de perguntas relevantes referentes a cada categoria MCAF a serem feitas pela enfermeira aos membros da família. Não sugerimos que as enfermeiras façam essas perguntas de maneira "solta". Pelo contrário, exemplos clínicos da vida real são apresentados nos Capítulos 4, 7, 8, 9 e 10, para que os leitores possam ver como utilizar as perguntas e aplicar o MCAF. "The 'How to' Family Nursing Series" (A "Série 'Como Fazer' da Enfermagem da Família") disponível em vídeo e em DVD apresenta entrevistas clínicas reais, demonstrando o uso do MCAF (www.familynursingresources.com). O emprego de perguntas de avaliação e intervenção será discutido no Capítulo 4, "O Modelo Calgary de Intervenção na Família". Mais uma vez, desejamos enfatizar que nem todas as perguntas sobre as várias subcategorias do modelo precisam ser feitas na primeira entrevista, e as questões sobre cada subcategoria não

978-85-4120-003-5

978-85-4120-003-5

são apropriadas a todas as famílias. As famílias são, obviamente, compostas de indivíduos, mas o foco de uma avaliação familiar concentra-se menos em pessoas e mais na interação *entre* todos os seus membros.

Avaliação estrutural

Ao avaliar uma família, é preciso que a enfermeira examine sua estrutura, ou seja, quem faz parte dela, qual é o vínculo afetivo entre seus membros em comparação com os indivíduos de fora e qual é o seu contexto. Três aspectos da estrutura familiar podem ser examinados mais prontamente: estrutura interna, estrutura externa e contexto. Cada uma dessas dimensões da avaliação estrutural da família é tratada separadamente.

Estrutura interna

Esse aspecto abrange seis subcategorias:

- Composição da família
- Gênero
- Orientação sexual
- Ordem de nascimento
- Subsistemas
- Limites

Composição da família

Essa subcategoria de composição tem muitos significados em razão das muitas definições propostas para família. Wright e Bell (no prelo) definem família como um grupo de indivíduos unidos por fortes vínculos emocionais, com o senso de pertencer e a inclinação a participar das vidas uns dos outros. Existem cinco atributos críticos para o conceito de família:

- A família é um sistema ou unidade.
- Seus membros podem ou não ser relacionados, viver ou não juntos.
- A unidade pode ou não ter crianças.
- Existem um compromisso e um vínculo afetivo entre os membros da unidade que abrangem obrigações futuras.
- As funções dessa unidade de cuidados consistem em proteção, nutrição e socialização de seus membros.

Empregando essas ideias, a enfermeira pode incluir as várias formas de família prevalentes na sociedade de hoje, como a família biológica de pro-

criação, família nuclear, que incorpora um ou mais membros da família extensa (família de origem), família de um só genitor, família adotiva, família comunitária e famílias ou casais de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, travestis, intersexuais, transgêneros ou *twin-spiriteds** (LGBTITT).

Ao designar um grupo de pessoas com um termo como "casal", "família nuclear" ou "família de um só genitor" são especificados os atributos dos membros, mas essas distinções de agrupamento não parecem ser "famílias" melhores ou piores em razão da classificação. Mais propriamente, atributos de afeição, fortes vínculos emocionais, senso de pertencer e a durabilidade como membro determinam a composição familiar.

É preciso que as enfermeiras encontrem uma definição de família que vá além das fronteiras tradicionais, que restringem os membros ao utilizar critérios de consanguinidade, adoção e matrimônio. Descobrimos que a seguinte definição de família é a mais aplicável em nosso trabalho clínico: família é quem seus membros dizem que são. Com essa definição, as enfermeiras podem respeitar as ideias de cada um dos membros da família, quanto aos relacionamentos significativos e experiências de saúde e doença. Por exemplo, a família inclui a mãe de adoção temporária e o casal comissionado? O doador de esperma desconhecido? Dolbin-Macnab e Rausch (2006) discutiram a variabilidade entre diferentes países no que se refere ao anonimato do doador. Alguns liberarão informações sobre a identidade do doador para o filho adulto, se houver um consentimento de saúde, enquanto outros liberarão informações sobre a identidade quando o filho atingir a idade adulta.

A pesquisa tem demonstrado a existência de um vínculo poderoso e recíproco entre a saúde e a natureza dos relacionamentos, a longo prazo, de uma pessoa (Post e Neimark, 2007). Não é apenas a duração de um relacionamento que é importante, mas a sua qualidade. Um estudo verificou que um cônjuge que reprime a raiva, quando verbalmente atacado pelo outro, está em maior risco de morte precoce, comparado a cônjuges que expressam sua raiva (Harburg, Kaciroti e Gleiberman, 2008).

Embora se reconheça que o tipo dominante de família norte-americana é o das famílias nucleares, com domicílios separados, nossa definição nos permite orientar os relacionamentos emocionais passados, presentes e antecipar os futuros no âmbito do sistema familiar. Por exemplo, apoiamos a política da American Academy of Pediatrics (2002) que defende que crianças nascidas ou adotadas por um membro de um casal do mesmo sexo merecem a segurança de dois pais legalmente definidos. Sabemos que "gays e lésbicas geralmente referem-se aos amigos como 'família', e para muitos gays e lésbicas essa 'família' é geralmente tão crucial e influente quanto suas famílias de origem e, às vezes, até mais".

Outras configurações de família englobam avós como cuidadores primários de seus netos, um arranjo que se elevou a mais de 40% desde 1990 (Brown-Standridge e Floyd, 2000), às vezes com efeitos negativos sobre a

saúde da avó (Haglund, 2000). Nos Estados Unidos, 4,5 milhões de crianças vivem com um dos avós como um cuidador primário (Haskell, 2003).

Alguns autores, como Penn (2007), já questionaram a crença comum de que todos os casais desejam viver juntos. Ele discute sobre os "casais comutadores", uma forma alternativa de relacionamento em que cada parceiro mantém seus próprios quartos, mantendo ao mesmo tempo um relacionamento amoroso monogâmico e comprometido. Um ritmo que assegure a privacidade e um vínculo apaixonado é muito apreciado por esses casais. Os autores referem-se a esses casais como parceiros que vivem separados (em inglês, DDD, *dual dwelling duos*). Outras novas estruturas de parceiros vinculados, como o relacionamento consensual e a paternidade sem o casamento, também surgiram. Nossa definição de família fundamenta-se nas concepções familiares sobre a família, e não em quem mora na casa.

É importante observar as alterações na composição familiar. Essas alterações podem ser permanentes, em consequência de perda ou acréscimo de um novo bebê, um pai idoso, uma babá ou um pensionista. As alterações também podem ser temporárias. Por exemplo, as famílias adotivas geralmente têm diferentes composições nos fins de semana ou em períodos de férias, quando coabitam com as crianças de um relacionamento anterior. Famílias que experienciam a perda de lar muitas vezes vivem temporariamente com outros parentes e depois se mudam. Na cidade de Nova York, em 2002, mais de 13.000 crianças passaram suas noites em idas e vindas a abrigos e outras acomodações de vida (Egan, 2002).

As perdas tendem a ser mais graves, dependendo de serem mais antigas ou recentes, se os membros eram muito jovens, no momento em que ocorreram; quanto menores as famílias, maior o desequilíbrio numérico entre os membros dos gêneros masculino e feminino em consequência de perda, maior o número de perdas atuais e anteriores. As circunstâncias das perdas podem representar uma primorosa preocupação para a enfermeira. Por exemplo, alguns pais de crianças com grave doença mental relataram ter sido incentivados a desistir da custódia dos filhos em favor dos cuidados de adoção temporária como uma forma de assegurar-lhes cuidados de saúde.

Doença grave ou óbito de um membro da família, em especial por violência, pode levar à ruptura da família. As mortes simultâneas de ambos os pais em acidentes automobilísticos ou aéreos, assassinato/suicídio, desastres naturais, tais como o furacão Katrina, guerra, atos terroristas como o de 11 de setembro, terrorismo, tal como os assassinatos de Virginia Tech, ou a ausência de um genitor na prisão, bem como o óbito do outro genitor, podem resultar em que tias e tios criem sobrinhos e sobrinhas, ou avós criando netos, e muitas vezes em um arranjo estrutural familiar quase despercebido. Outros arranjos familiares podem surgir quando um genitor está em uma instituição de reabilitação por lesões militares. O grau

de impacto do óbito sobre a família depende de seus significados social e étnico, da história de perdas anteriores, o momento do ciclo vital em que ocorreu bem como a sua natureza (Becvar, 2001 e 2003). Pesquisa de Bowser *et al.* indica que a extensão do risco que se assume na vida adulta de contrair o vírus da imunodeficiência humana é positivamente relacionado a mortes inesperadas e precoces e ao consequente luto inadequado. Concordamos com sua recomendação de que os esforços para a prevenção precisam ter maior base familiar e foco na família.

Em nossas reflexões sobre as consequências do 11 de setembro e aquelas ocorridas nas famílias com as quais trabalhamos só fizemos aumentar nossa sensibilidade à perda, seu significado em nossa cultura e especificamente para cada família no sentido de como enfrentar e lidar com a incerteza. Cada família atingida pela tragédia defronta-se com a tarefa de dar um sentido ao acontecido, um porquê e como se ajustar a um cenário modificado. As famílias encontraram inspiração em muitas fontes para enfrentar uma tragédia sem precedentes.

A posição e a função da pessoa falecida no sistema familiar e a abertura desse sistema também devem ser consideradas. Verificamos ser adequada a observação das perdas e os óbitos familiares durante o processo de avaliação estrutural, mas não reconhecemos, de imediato, que essas perdas tiveram um grande significado para a família. Adotando essa postura, discordamos da posição assumida por alguns clínicos ao afirmar que é importante rastrear os padrões de adaptação à perda como parte da rotina de avaliação familiar, mesmo quando, inicialmente, não é apresentada como relevante para as queixas principais.

Em nossa prática clínica com as famílias, verificamos a utilidade de nos perguntarmos: "Quem faz parte desta família?" "O que faz essa família considerar-se uma 'família'?"

Perguntas a Serem Feitas à Família. Pode me dizer quem faz parte dessa família? Alguém mais vive com vocês, por exemplo, avós, pensionistas? Então, sua família é você, Faris, seu filho de 35 anos que acabou de voltar do Kuwait - alguém mais? Alguém se mudou recentemente? Alguém mais, considerado como da família, vive aqui com vocês? Alguém que não tenha parentesco biológico?

Gênero

Essa subcategoria é um constructo básico, um princípio fundamental de organização. Acreditamos na posição construtivista "tanto... quanto", ou seja, vemos o gênero como uma "realidade" universal operacional dentro da hierarquia e do poder e uma realidade construída por nós mesmos e decorrente de uma estrutura particular de referência. Reconhecemos o gênero como a base fundamental para todos os seres humanos e como uma premissa individual. É importante para as enfermeiras considerar

o gênero, uma vez que a forma diferente de homens e mulheres terem sua experiência do mundo é algo que está no âmago da conversa terapêutica. Podemos ajudar as famílias assumindo que as diferenças entre homens e mulheres podem ser modificadas, rejeitando os papéis culturais desnecessários para mulheres e homens e reconhecendo e observando as questões de forças ocultas.

Em relacionamentos de casais, os problemas descritos por homens e mulheres em geral incluem conflitos não verbalizados entre suas percepções de gênero – ou seja, como sua família e sociedade, ou cultura, lhes dizem que homens e mulheres devam se sentir, pensar ou se comportar – e suas próprias experiências.

Nós defendemos a integração dos atributos masculinos e femininos em cada pessoa. O desenvolvimento humano é um processo de formas cada vez mais complexas de interligações e integração, e não uma progressão da ligação afetiva à separação. O gênero é, em nossa opinião, uma série de crenças sobre nossas expectativas de comportamentos e experiências femininos e masculinos. Essas crenças foram desenvolvidas por influências culturais, religiosas e familiares, assim como pela orientação sexual e de classe. Elas são, sob vários aspectos, mais importantes do que as diferenças anatômicas, embora as pessoas com genitália ambígua muitas vezes sejam referidas como tendo uma orientação intersexual.

O gênero tem um papel importante no cuidado de saúde da família, especialmente com crianças. As diferenças de papéis dos pais no cuidado de seu filho doente podem ser fontes significativas do estresse familiar. Por exemplo, quando um filho fica doente, em geral a iniciativa da busca de auxílio é da mãe. Robinson (1998) descobriu uma participação tensa em famílias em que o doente crônico se tornou um membro indesejável, dominador e um fardo: "Ficou evidente que as mulheres – esposas e mães nessas famílias – eram as responsáveis pela proteção no dia a dia, seja em dias alternados, seja em 24 horas diárias" (p. 277). A mulher suportava o peso da responsabilidade e da maior parte dos encargos de trabalho. O gênero também pode ser uma importante variável no planejamento de intervenções de cuidados de saúde. Por exemplo, Hoff *et al.* (2005) descobriram efeitos diferenciais no tratamento como função do gênero parental em seu estudo de intervenções para diminuir a incerteza e a angústia dos pais de filhos que receberam um diagnóstico recente de diabetes tipo 1. Levac, Wright e Leahey (2002) recomendam que a avaliação da influência do gênero seja especialmente importante quando crenças sociais, culturais ou familiares a respeito dos papéis femininos e masculinos que geram tensão familiar. Nessa situação, os casais talvez desejem estabelecer relacionamentos mais iguais, com características como:

- Parceiros mantêm *status* (por exemplo, direitos iguais em objetivos pessoais, necessidades e desejos).

- A acomodação no relacionamento é mútua (por exemplo, horários organizados igualmente para as necessidades de cada parceiro).
- A atenção no relacionamento é mútua (por exemplo, por mostrar interesse pelas necessidades do outro e pelos desejos de ambos os parceiros).
- Aumento do bem-estar mútuo dos parceiros (por exemplo, no relacionamento em que existe igual apoio à saúde psicológica de cada um).

Em nossa supervisão clínica de enfermeiras, verificamos ser vantajoso que elas considerem suas próprias ideias a respeito de masculinidade, feminilidade e pessoas intersexuais e transexuais. São exemplos de perguntas a serem consideradas: como mulher, como você acha que deva se comportar em relação a um homem? Como espera que eles se comportem com você? Na sua opinião, como os homens deveriam se comportar em relação aos membros doentes da família? Você notou de que maneira os homens expressam sua emoção? O que pensa sobre casais que escolhem o sexo do filho? Por qual trabalho você expressa mais interesse, ou qual privilegia mais: o do marido ou da esposa? Você fica mais à vontade em convidar o marido ou a esposa para uma entrevista? Se um pai atende ao telefone, com quem você marca a consulta, com o pai, a mãe, ou ambos?

Perguntas a Serem Feitas à Família. Para você, Sabeen, quais os efeitos que as ideias de seus pais têm sobre as suas ideias relativas à masculinidade e feminilidade? As discussões com os filhos do sexo masculino seriam diferentes se fossem sobre como permanecer unidos, em vez de como se separar? Se você demonstrasse os sentimentos que oculta, Hashim, sua esposa pensaria bem ou mal de você? Como seria se a mamãe assumisse maior responsabilidade pela diálise do que o papai?

Orientação sexual

Essa subcategoria inclui as populações de maioria e minoria sexuais. O *heterossexualismo*, a preferência de orientação heterossexual sobre as outras orientações sexuais, é uma forma de tendência multicultural, com um potencial de prejudicar tanto as famílias como os profissionais de saúde. As populações de minoria sexual incluem as pessoas LGBTQIIT. Esse acrônimo é usado, nos Estados Unidos, para se referir à comunidade sexualmente diversa de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, travestis, intersexuais, transgêneros ou *twin-spirited*. É um acrônimo que tenta ser inclusivo, mas não é definitivo. Efeminado refere-se a um indivíduo cuja identidade sexual não se ajusta estritamente às normas sociais tradicionalmente atribuídas ao masculino e ao feminino e se define como fora de tais definições. Intersexual descreve alguém com genitália ambígua ou anormalidades cromossômicas. O termo *two-spirited* denota um indivíduo na cultura aborígine com estreitos laços com o mundo espiritual e que pode ou não se identificar como lésbica, gay, bissexual ou transgênero. Em síntese, indica uma dualidade existente em uma pessoa.

Discriminação, falta de conhecimento, estereotipia e insensibilidade quanto à orientação sexual foram abordadas mais recentemente na sociedade norte-americana. As discussões sobre o casamento *gay*, contudo, às vezes obscurece a questão do tratamento de igualdade. Apesar de aproximadamente 1% dos casais americanos se identificar como do mesmo sexo (USA Today, 2003), o tópico de orientação sexual é abordado com vários níveis de aceitação, bem-estar e conhecimento pelas enfermeiras. Por exemplo, os primeiros encontros das enfermeiras com pessoas transexuais muitas vezes representam desafios pouco familiares. Lésbicas, *gays*, efeminados e homens e mulheres heterossexuais vivem em sobreposição parcial, mas em culturas parcialmente separadas, e o desenvolvimento de seu papel sexual quase sempre segue trajetórias distintas levando a diferentes resultados. Além disso, imigrantes também podem ter sido expostos a várias crenças sobre a cultura *gay*. Samir (2002) afirma que "não existe absolutamente uma cultura *gay* no Iraque. Nem a sugestão de que exista. O único país árabe a estabelecer uma cultura *gay* é o Líbano. A homossexualidade na maioria dos países árabes é reprovada e em alguns deles é um crime passível de punição com sentenças extremas" (p. 98).

Em nossa supervisão clínica de enfermagem da família relacional, verificamos a utilidade de refletir de maneira crítica sobre nossas atitudes no que se refere à orientação sexual. Ao comparar casais de lésbicas com casais heterossexuais, usamos termos paralelos, em oposição aos casais "normais". Ou seja, não dizemos que os casais de lésbicas, quando comparados aos "normais", tenham mais habilidades de enfrentamento social. Mais exatamente, dizemos que os casais de lésbicas acreditam nisso e os casais heterossexuais naquilo. Não assumimos que o que se aplica aos relacionamentos *gays* seja aplicável aos relacionamentos entre lésbicas ou que um paciente é heterossexual, se ele disser que tem um encontro com uma pessoa do sexo oposto. Acreditamos que as enfermeiras devem ser capazes de apoiar um paciente seja qual for sua orientação sexual e que o senso de integridade e relacionamentos interpessoais deste sejam os objetivos mais importantes. Se um profissional de cuidados de saúde não for capaz de apoiar as explorações ou decisão de vida de um paciente como heterossexual, homossexual, bissexual, efeminado, intersexual ou transgênero, então a enfermeira deve se eximir de tratar tais pacientes.

Perguntas a Serem Feitas à Família. Com que idade você participou pela primeira vez de uma atividade sexual (e não com que idade você teve pela primeira vez uma relação sexual)? Quando LaCheir contou à mãe que era lésbica, qual o efeito que isso causou sobre a responsabilidade de cuidado da mãe por ela? Quando seu irmão, LeeArius, anunciou que era *gay* e desistiu do casamento, qual foi a reação de seus pais?

Ordem de nascimento

Essa subcategoria refere-se à posição dos filhos, na família, em relação à idade e ao gênero. A ordem de nascimento, gênero e diferenças de idade

entre os irmãos são fatores importantes a considerar quando se faz uma avaliação. Toman (1988) foi um importante colaborador na pesquisa sobre configuração de irmãos e irmãs. Sua principal tese é o teorema da duplicação, em que ele afirma que os mais recentes relacionamentos sociais assemelham-se aos relacionamentos sociais intrafamiliares mais precoces, à medida que são mais duradouros e bem-sucedidos. Por exemplo, o casamento de um irmão mais velho (que tem uma irmã mais nova) e uma irmã mais nova (que tem um irmão mais velho) apresenta um bom potencial de êxito, porque os relacionamentos são complementares. Se o casamento ocorrer entre dois primogênitos, pode haver um relacionamento simétrico competitivo, em que cada um se rivaliza pela posição de liderança.

Os seguintes fatores também influenciam o grupo de irmãos: o momento do nascimento na história da família, as características da criança, o "programa" idealizado pela família para essa criança e as atitudes paternas e tendências referentes às diferenças de sexo. Por exemplo, verificamos que irmãos de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) sentiam-se vítimas desse irmão e suas experiências muitas vezes eram minimizadas ou negligenciadas pela família.

Embora consideremos importante observar os padrões de irmãos, incentivamos as enfermeiras a ter em mente que os diferentes padrões de educação de crianças também surgiram em consequência de uma utilização maior do controle da natalidade, do movimento feminista, de um grande número de mulheres na força de trabalho e da grande variedade de configurações familiares. Nossa visão é a de que a posição dos irmãos é uma influência organizada sobre a personalidade, mas não é fixa. Cada novo período de vida traz uma reavaliação dessas influências. Um indivíduo transfere ou generaliza as experiências familiares para os ambientes sociais, externos à família, tais como jardins de infância, escolas e clubes. Em vista da disponibilidade e poderosa influência da internet, o universo de relacionamentos e experiências disponíveis expandiu-se muito. Quando um indivíduo é influenciado pelo ambiente, seus relacionamentos com colegas, amigos e cônjuges, em geral, também são afetados. Com o passar do tempo, ocorrem muitas influências, fora do grupo de irmãos, passíveis de afetar a organização da personalidade.

Antes da reunião com a família, incentivamos as enfermeiras a formularem hipóteses a respeito da influência em potencial de uma ordem de nascimento sobre a razão da entrevista com a família. Por exemplo, elas podem se perguntar: "Se esta criança é a mais nova da família, isso poderia influenciar na relutância dos pais em deixá-la administrar a própria injeção de insulina?" A enfermeira também pode considerar a influência da ordem de nascimento na motivação, consecução e escolha vocacional. Por exemplo, o primogênito está sofrendo pressão para ter sucesso acadêmico? Se o filho mais novo está começando na escola, que influência

esse fato poderia ter sobre as persistentes tentativas do casal em conseguir a fertilização *in vitro*? Insistimos para que os clínicos não só considerem a ordem de nascimento quando os filhos são jovens, mas também a negligenciar o vância para o seu trabalho com irmãos com mais idade. Negligenciar o fato de que indivíduos podem ser influenciados por conflitos antigos ou constantes pode levar à omissão de oportunidades para a cura.

Perguntas a Serem Feitas à Família. Quantos filhos vocês têm? Quem é o mais velho? Quantos anos ele (ela) tem? Qual é o nome do próximo filho depois dele(a)? Ocorreu algum aborto? Se sua irmã mais velha, Gerda, se mostrasse mais afável e estivesse sob menor controle da mamãe, talvez você quisesse conversar com ela sobre questões difíceis como deixar de dirigir por causa de sua degeneração macular?

Subsistemas

Subsistemas é um termo utilizado para denominar ou caracterizar o nível de diferenciação do sistema familiar. Uma família realiza suas funções por meio de subsistemas. Díades, como marido-mulher ou mãe-filho, podem ser vistas como subsistemas. Os subsistemas podem ser delineados por geração, sexo, interesse, função ou história.

Cada pessoa na família pertence a vários subsistemas diferentes. Em cada um deles, essa pessoa tem um diferente nível de poder e utiliza diferentes habilidades. Uma mulher de 65 anos de idade pode ser avó, mãe, esposa e filha dentro da mesma família. Um filho mais velho é um membro do subsistema de irmãos, do subsistema masculino e do subsistema pai-filho. Em cada um dos subsistemas, ele se comporta de acordo com sua posição. Ele tem que admitir o poder que exerce sobre o irmão mais novo no subsistema de irmãos ao interagir com a madrasta no subsistema pai-filho. Uma filha única, que mora com só com a mãe, terá diferentes desafios de subsistema ao passar fins de semana alternados com o pai, a nova esposa dele e as duas filhas de ambos. A capacidade de adaptação às demandas dos diferentes níveis de subsistemas constitui uma habilidade necessária para cada membro da família.

Em nossa prática clínica, verificamos a utilidade de considerar ou não a presença na família de limites claros entre as gerações. Caso existam, a família considera-os úteis ou não? Por exemplo, perguntamo-nos se uma criança se comporta como pai ou marido substituto? O filho é um filho ou existe um subsistema representativo de um cônjuge? Ao formular essas hipóteses, antes e durante a reunião com a família, será possível unir fragmentos isolados de dados para confirmar ou negar uma hipótese.

Perguntas a Serem Feitas à Família. Algumas famílias têm subgrupos especiais; por exemplo, as mulheres fazem certas coisas, enquanto os homens fazem outras. Existem diferentes subgrupos em sua família? Se sim, qual o efeito que eles causam sobre o nível de estresse familiar? Quando a mamãe

e sua irmã, DeRong, ficam acordadas à noite falando sobre o problema de uso de *crack* do papai, o que os meninos fazem? Qual o subgrupo da família mais afetado pelo problema de *crack* de Cleve e como? Quem se reúne, na família, para falar dos comportamentos de automutilação de Shabana?

Pai-filho: De que maneira seu relacionamento com Caitilyn mudou desde que ela recebeu o diagnóstico de síndrome respiratória aguda grave?

Conjuga: Quanto tempo sobra no mês para você e Sherwinn se relacionarem como um casal, sem falar somente dos filhos?

Irmãos: Em uma escala de 1 a 10, sendo 10 o máximo, indique seu grau de espanto quando AhPoh desenvolveu insuficiência cardíaca congestiva?

Limites

Essa subcategoria refere-se às regras para "definir quem participa e como" (Minuchin, 1974, p. 53). Os sistemas e subsistemas familiares têm limites cuja função é definir ou proteger a diferenciação desses sistemas ou subsistemas. Por exemplo, o limite de um sistema familiar é definido quando um pai diz à filha adolescente que seu namorado não deve frequentar a casa. Um limite de subsistema pai-filho torna-se explícito quando a mãe diz à filha: "Você não é a mãe de seu irmão. Se ele não está tomando o medicamento, deixa que eu discuto isso com ele".

Os limites podem ser difusos, rígidos ou permeáveis. À medida que os limites se tornam difusos, diminui a diferenciação do sistema familiar. Por exemplo, os membros da família podem se tornar íntimos, emocionalmente e em rica ligação cruzada. Esses membros têm um senso elevado de pertencer à família e pouca autonomia individual. Um limite difuso de subsistema fica evidente quando o filho é "paternalizado" ou recebe responsabilidades e poder de adulto para tomar decisões.

Quando existem limites rígidos, os subsistemas tendem a se separar. O marido que acredita rigorosamente que só a esposa deve visitar os idosos, e obtém a concordância dela, pode ficar separado, ou na periferia, do subsistema idoso adulto-filho. É evidente, por outro lado, que os limites permeáveis permitem uma flexibilidade adequada. Sob essas condições, as regras podem ser modificadas. Não apoiamos a patologização das alianças ou dos subsistemas só porque eles existem. Ao trabalhar com famílias de diferentes culturas, raças, classes sociais e aquelas de ambientes rurais, a promoção de outros vínculos essenciais pode ser muito mais benéfica para a família.

Os limites tendem a mudar com o tempo. Boss (2002) sugere que os limites familiares se tornam ambíguos durante o processo de reorganização após a chegada ou a perda de um membro. Isso é particularmente evidente em famílias que vivenciam a separação ou o divórcio. À medida que os casais fazem a transição para a paternidade, podem ter a experiência

de um filho desejado como um membro da família e que está psicologicamente presente, mas fisicamente ausente. Isso é particularmente relevante se houver uma mãe substituta ou um doador de esperma desconhecido envolvido durante a gravidez. As famílias que cuidam de um membro com doença de Alzheimer podem experimentar o fenômeno oposto: o familiar pode estar fisicamente presente, mas psicologicamente ausente.

Outras variações são a ambiguidade pela qual passam algumas famílias em que um dos membros está preso e depois volta para casa. Com aproximadamente 650.000 ex-sentenciados saindo das prisões estaduais ou federais americanas em 2006 (Penn, 2007), o impacto sobre as famílias é significativo. Os limites familiares podem ser desafiados quando os membros da família, especialmente os jovens pais, são soldados em guerra, ou vivem em hospitais de reabilitação após uma missão. O conceito de limites ambíguos ficou bastante evidente alguns dias depois do 11 de setembro ou do furacão Katrina, quando houve o desaparecimento de pessoas. Boss (2002) chamou a situação de "perda ambígua" e ainda descreveu-a como sendo a mais difícil, porque famílias e amigos se sentiram sem ação e a tendência nos Estados Unidos é procurar encerrar o caso. Nos primeiros dias depois do 11 de setembro não era fácil para as famílias com parentes desaparecidos encerrar o caso. Muitos árabes-americanos e outros grupos de imigrantes vivenciaram a lembrança repentina do terror e a vincularam à história de opressão no Oriente Médio.

Os estilos de limites podem facilitar ou restringir o funcionamento familiar. Por exemplo, uma família de imigrantes que se transfere para uma nova cultura pode ser muito protetora com os seus membros até se adaptar gradualmente ao meio cultural. Seus limites diante dos sistemas externos serão bem firmes e rígidos, podendo, gradualmente, se tornar mais flexíveis. Por exemplo, a preferência de algumas famílias muçulmanas por maiores vínculos, estrutura familiar mais hierárquica, aderindo à vestimenta tradicional, e um tácito estilo de comunicação pode ser um desafio para seus adolescentes que estão se adaptando ao estilo de vida urbano da América do Norte.

A dimensão proximidade-prestação de cuidados dos limites é outro aspecto a ser considerado pelas enfermeiras. A relativa partilha de território pode ser avaliada juntamente com os aspectos de período de contato (tempo passado juntos), espaço pessoal (proximidade pessoal, toque), espaço emocional (partilhar afetos), espaço de informação (informação mútua conhecida), conversas ocorridas em particular e o espaço de decisão (grau de localização das decisões em vários indivíduos ou subsistemas). A dimensão da proximidade-prestação de cuidados de um limite pode ser muito significativa para enfermeiras que lidam com pessoas idosas com doenças crônicas e seus filhos adultos.

Em nossa supervisão clínica de enfermeiras, nós as incentivamos a considerar quais são os aspectos que diferenciam essa família de outra na

vizinhança ou na cidade. A enfermeira leva em conta a existência ou não de um subsistema paterno, sistema conjugal, subsistema de irmãos e assim por diante. Os limites são claros, rígidos ou difusos? O estilo de limite facilita ou restringe a família? Se houver múltiplas famílias adotivas, que limites predominam?

Perguntas a Serem Feitas à Família. A enfermeira pode inferir os limites perguntando ao marido se existe alguém com quem ele possa conversar quando se sente estressado em razão da aposentadoria que se aproxima. A enfermeira pode fazer a mesma pergunta à esposa. Quem você procuraria caso se sentisse feliz? E se estivesse triste? Há alguém na família que se oporia se você falasse com essa pessoa? Quem estaria mais a favor se você falasse com essa pessoa? Qual seria o impacto causado na capacidade de sua mãe lidar com a doença de seu pai se ela tivesse mais apoio de seus avós?

Estrutura externa

Esse aspecto inclui duas subcategorias:

- Família extensa
- Sistemas mais amplos

Família extensa

Essa subcategoria inclui a família de origem e a família de procriação, assim como a atual geração e membros da família adotiva. Os múltiplos vínculos de lealdade dos membros da família extensa podem ser invisíveis, mas são forças muito influentes na estrutura familiar. Relacionamentos e apoios especiais podem existir a grandes distâncias geográficas. Além disso, os relacionamentos conflituosos e dolorosos podem parecer recentes e íntimos, ainda que a família extensa more longe ou não esteja em contato frequente. A visão que cada membro da família tem de si mesmo como um indivíduo separado mesmo sendo parte integrante da "massa do ego familiar" (Bowen, 1978) é uma área estrutural crítica para avaliação.

Levac, Wright e Leahey (2002) recomendam a avaliação da quantidade e do tipo de contato com a família extensa, para se obter informações sobre a quantidade e a qualidade de apoio. Por exemplo, Weingarten (2000) faz um novo cálculo dos benefícios da interação pela internet experimentada por uma família extensa de um jovem paraplético após lesão esportiva. O jovem comentou: "A internet teve efeitos surpreendentes sobre mim. Foi uma excelente maneira de comunicação para mim e minha família... A internet ajudou as pessoas a entenderem o que aconteceu comigo, pessoas com quem não falo diariamente, sem ficar complicado para mim... Uniu as pessoas de todas as áreas da minha vida, não só comigo,

mas entre si" (p. 159). Weingarten (2000) apresenta a ideia de que tais vínculos de interação "são esperançosos", uma noção que apoiamos e consideramos curativa.

Em nosso trabalho clínico, consideramos a existência ou não de muitas referências à família extensa. Que significado tem a família extensa para o funcionamento dessa família em particular? Ela se encontra disponível nos momentos de necessidade? Em caso afirmativo, como? Por telefone fixo ou celular, e-mail, webcam, skype, bate-papos individuais ou em grupo na internet? Estão em estreita proximidade física?

Perguntas a Serem Feitas à Família: Onde moram seus pais, Shafiq? Com que frequência você tem contato com eles? Como são seus irmãos e irmãs, e os parentes por afinidade? Quais são os membros de sua família que você nunca vê? Quais de seus parentes são os mais próximos a você? Quem telefona para quem? Com que frequência? A quem você pede ajuda quando surgem problemas na família, Zabin? Que tipo de ajuda você pede? Sua família, na Irlanda, estaria acessível se você precisasse de ajuda? Você se sentiria melhor se os contatasse por e-mail ou em uma sala de bate-papo?

Sistemas mais amplos

Essa subcategoria refere-se a instituições sociais mais amplas e a pessoas com as quais a família tem contato significativo. Os sistemas mais amplos abrangem, em geral, sistemas de trabalho e, em algumas famílias, incluem bem-estar público, bem-estar da criança, serviços de adoção, tribunais e clínicas ambulatoriais. Existem também sistemas mais amplos destinados a populações especiais, tais como instituições autorizadas a prestar serviços a idosos com incapacitação mental ou física ou debilitados. Para muitas famílias, a participação em sistemas mais amplos não é problemática e pode ser uma afirmação de vida. Acreditamos que os sistemas profissionais mais amplos possam ser uma audiência apreciativa, que apoia as narrativas de esperança das famílias e as preferências de uma nova vida. Incentivamos as enfermeiras a estarem atentas à linguagem ao discutirem sobre os clientes com os auxiliares de sistemas mais amplos, a fim de apoiar as histórias de coragem, crescimento e persistência da família em vez de perpetuarem histórias de desesperança e problemas. A realização de conferências familiares em grupo como aquelas que começaram como um processo legal na Nova Zelândia pode ser outra forma de promover um modelo de participação na tomada de decisão com as famílias sobre a proteção da criança (Conolly, 2006). Tal prática fortalece as famílias. Nós, particularmente, evocamos o trabalho de Fraenkel (2006), que envolve as famílias como especialistas e cria programas com base na comunidade para as famílias utilizando um modelo de desenvolvimento de programa familiar. Ele propõe aos profissionais que adotem a postura de aprendizes

respeitosos e estabeleçam relacionamentos profissionais colaborativos com as famílias.

Algumas famílias e os sistemas mais amplos, entretanto, podem criar relacionamentos difíceis que exercem o direito do desenvolvimento normativo em membros da família. Alguns profissionais de saúde em sistemas mais amplos contribuem para que as famílias sejam rotuladas de "multi-problemáticas", "resistentes", "desobedientes" ou "não cooperativas". Esses profissionais de saúde limitam suas perspectivas ao usar tais rótulos. Em seu estudo avaliando a qualidade da coordenação de cuidados prestados a crianças com dificuldades de desenvolvimento, Nolan, Orlando e Liptak (2007) descobriram que 50% das 83 famílias disseram que o pessoal da área médica nunca ou raramente se comunicava com as escolas, e 27% nunca ou raramente envolviam as famílias na tomada de decisões. A comunicação sobre os cuidados por meio dos sistemas era a chave para a satisfação com o serviço.

Outro relacionamento de sistema mais amplo a ser avaliado pelas enfermeiras é o da rede de computadores. São abundantes os boletins eletrônicos, as salas de bate-papos, as mensagens de texto e os grupos de discussões. O tema de infidelidade pela internet e o "cibersexo" como o primeiro passo para um romance e, muitas vezes, como um vício sexual é um tema picante de conversação de muitos casais e enfermeiras. Acreditamos que a infidelidade consiste em buscar energia de qualquer tipo (pensamentos, emoções e comportamento) fora do compromisso amoroso, de tal modo que prejudique o relacionamento. O namoro pela internet pode começar fora do contexto da vida real, mas a escalada para o seu próprio contexto pode ser rápida.

O lado positivo é que a internet pode oferecer assistência valiosa às famílias, em termos de informação, validação, empatia, conselho e estímulo. Alguns utilizam o e-mail para aumentar, estender, aprofundar, informar, enriquecer e preparar a psicoterapia pessoal. Entretanto, descobrimos que os diálogos on-line podem, algumas vezes, promover mais apoio que transformação - em outras palavras, esses diálogos tendem a dar suporte ao *status quo*, em vez de estimular a mudança.

Deve-se dar vigorosa atenção às maneiras como o profissional especializado e a conexão eletrônica podem se combinar. A tele-enfermagem é um exemplo disso. As perguntas para consideração de prestar cuidados de telessaúde centrados na família incluem como os profissionais da saúde asseguram que as vozes de todos os membros da família façam parte da discussão entre a enfermeira e a família? Pode ser uma solução o uso de videoconferência para reunir todos os auxiliares de sistemas mais amplos em um só espaço com a família para discutir, planejar e avaliar os cuidados.

Em nossa supervisão clínica de enfermeiras, nós as incentivamos a descobrir se o sistema de significados é apenas a família ou esta e seus auxiliares de sistemas mais amplos. As enfermeiras podem perguntar a si

próprias: Quem são os profissionais de saúde envolvidos? Qual é o relacionamento entre a família e o sistema mais amplo? Com que regularidade interagem? Seu relacionamento é simétrico ou complementar? Os sistemas mais amplos são excessivamente preocupados? Excessivamente envolvidos? Pouco envolvidos? O sistema mais amplo responsabiliza a família por seus problemas? O que os auxiliares desejam para a família? A enfermeira é solicitada a assumir a responsabilidade por outra tarefa do sistema? Como a família e os auxiliares definem o problema? Uma jovem mulher que sofre de metástases de câncer de mama, ao ser indagada, "O que você acha que seja parecido com a família?", respondeu: "Tenho três famílias: a minha família, a família da igreja a qual frequento e minha 'família' no centro de câncer".

Perguntas a Serem Feitas à Família. Quais os profissionais da instituição envolvidos com sua família, Sr. Rajwani? Quantas instituições interagem regularmente com você? Sua família mudou de um sistema de cuidado da saúde para outro? Quem considera mais necessária a participação de sua família nesses sistemas? Quem considera mais o contrário? Existe um consenso entre a sua definição do problema e a definição do sistema? Que tal o meio termo entre as definições da solução? Qual o melhor ou pior conselho que você recebeu dos profissionais sobre esse assunto, Atul? Como está indo nosso relacionamento de trabalho até agora, Laura? Se não estiver indo muito bem, você me fala?

Contexto

O contexto é explicado como a situação total ou as informações básicas relevantes a algum fato ou personalidade. Cada sistema familiar está, em si mesmo, albergado em sistemas muito mais amplos como vizinhança, classe, região e país, e por eles é influenciado. Tendo em vista que o contexto permeia e circunscreve o indivíduo e a família, suas consequências são disseminadas. O contexto inclui cinco subcategorias:

- Etnia
- Raça
- Classe social
- Espiritualidade e/ou religião
- Ambiente

Etnia

Essa subcategoria refere-se ao conceito de "pessoalidade" da família derivado da combinação de sua história, raça, classe social e religião. Descreve a qualidade comum dos processos sutis e manifestos transmitidos por gerações pela família, sendo em geral reforçada pela comunidade adjacente. Etnia é um fator importante que influencia a interação familiar.

Acreditamos que as enfermeiras devem estar cientes da grande variedade entre os grupos étnicos e em seu âmbito. Algumas pessoas são a segunda, terceira ou quarta geração de imigrantes com ancestrais vindos de outro país. Outras podem ser de famílias de imigrantes que "chegaram recentemente", legalmente ou sem documentos, dentre as quais algumas são refugiadas. Outra categoria é a de famílias "americanas imigrantes", em que os pais nasceram em outro país e seus filhos nos Estados Unidos.

De acordo com o censo de 2000, a população nascida no exterior dos Estados Unidos totalizava 31,1 milhões, o que representa um aumento de 57% em relação a 1990 e a continuação de uma tendência crescente iniciada na década de 1970 (U.S. Census Bureau, 2002). Aproximadamente um quinto das crianças nascidas nos Estados Unidos é educado em lares de imigrantes, e muitas foram separadas de um ou de ambos os pais por períodos extensos. Suarez-Orozco, Todorova e Louie (2002) referem que os resultados de seu estudo com 385 adolescentes originários da China, da América Central, República Dominicana, do Haiti e México indicaram que, em "crianças separadas de seus pais, era maior a probabilidade de relatos de sintomas depressivos do que em crianças que não haviam sido separadas" (p. 625). A experiência com a imigração não é casual em cuidados de saúde, mas central.

Para algumas famílias de imigrantes, o impacto do ajuste cultural pode ser visto como uma dificuldade temporária, sendo necessário abordar questões como sobrevivência econômica, racismo e mudanças na família extensa e no sistema de apoio. Experiências de vida específicas, tais como escola profissional ou educação superior, sucesso financeiro em negócios ou casamentos com pessoas de raças diferentes, podem estimular a assimilação em uma cultura dominante, enquanto o isolamento em uma área rural ou um gueto urbano tende a promover a continuidade de padrões étnicos. É importante, não obstante, reconhecer que essas visões de assimilação e isolamento são decorrentes de nossa "perspectiva de observador". O que importa é a narrativa cultural da família, como ela é desconstruída e reconstruída.

As diferenças étnicas na estrutura familiar e suas implicações para a intervenção podem ser destacadas como um estereótipo. Por exemplo, os italianos, na América do Norte, geralmente, têm fortes vínculos e lealdade à família extensa. Os afro-americanos tendem a ter limites familiares flexíveis, e alguns podem incluir a avó na criação do filho. Os membros de algumas culturas latino-americanas estimulam a emoção entre parentes e gerações, enquanto os irlandeses na América do Norte tendem a uma definição mais estrita de limites entre as gerações.

Alguns pesquisadores tentaram ir além dos estereótipos. Por exemplo, Lonczak *et al.*, (2007) conduziram um estudo preliminar examinando os relacionamentos entre a estrutura familiar e a vida com a família extensa e o uso de substância entre 97 índios adolescentes americanos/nativos do

Alasca (AI/NA). Embora seu trabalho seja preliminar, eles sugerem que viver em um lar original com dois pais pode ser um importante mecanismo protetor entre esse grupo de jovens AI/NA. Eles descobriram ser uma associação positiva entre a família extensa de coabitação e a iniciação do jovem no tabagismo.

Em nosso trabalho clínico, verificamos ser essencial o reconhecimento da infinita variedade e ausência de estereótipo nas famílias provenientes de vários grupos étnicos. Isso é particularmente importante visto que os sites de encontros da internet estão introduzindo mais tipos diversos de solteiros do que antes. A diversidade cultural é uma questão de equilíbrio entre a validação das diferenças entre nós e a apreciação de forças de nossa humanidade comum. Acreditamos que nossas próprias narrativas culturais nos ajudem a organizar o nosso pensamento e a ancorar as nossas vidas, mas elas também podem nos cegar ao não familiar e ao irreconhecível, podendo promover a injustiça. Por exemplo, a importância de ouvir a história e o contexto de cuidados de mulheres imigrantes refugiadas não pode ser superestimada.

As enfermeiras devem se sensibilizar às diferenças nas crenças e valores das famílias e estar dispostas a alterar seus "filtros étnicos". Acreditamos ser importante que elas reconheçam os próprios pontos cegos étnicos e ajustem suas intervenções de acordo com eles. Nós nunca somos "especialistas", "corretos" ou estamos em posse total da "verdade" sobre a etnia da família. Além disso, se contratarmos um tradutor para nos ajudar a trabalhar com a família, não devemos presumir que ele seja um "especialista" na etnia dessa família específica. Ao contrário, nós e o tradutor devemos nos esforçar para sermos informados e curiosos a nosso próprio respeito e sobre a diversidade dos outros, ao trabalharmos colaborativamente na prestação de cuidados da saúde. A importância de modelos participativos de transferência e troca de conhecimento não pode ser subestimada no trabalho com comunidades aborígenes ou com outros grupos étnicos. Por exemplo, os achados do estudo de Hiott *et al.* (2006) de diferenças de gênero em ansiedade e depressão entre imigrantes latinos sugerem que os clínicos devam fazer perguntas sobre isolamento social e separação da família. Perguntas sobre esses problemas podem fornecer *insights* sobre o estresse e sua contribuição para ansiedade e depressão significativas; isso também deve ser considerado ao se fazer um plano de tratamento.

Algumas perguntas que achamos ser convenientes fazer a nós mesmas: Qual é a etnia da família? Pais e filhos tiveram períodos de separação durante sua experiência de imigração? Se sim, qual foi o impacto? Sua rede de contatos sociais pertence ao próprio grupo étnico? Seus membros a consideram útil ou não? Se os serviços econômicos, educacionais, de saúde, legais e recreacionais disponíveis fossem semelhantes aos valores étnicos da família, nossa conversa seria diferente? Os instrumentos de testes e

avaliação que utilizamos em nossa clínica são relevantes para esse grupo étnico? Eles combinam valores e crenças dessa família em particular?

Perguntas a Serem Feitas à Família. Você pode me falar sobre as práticas culturais japonesas referentes à doença? O fato de você ser um imigrante do Afeganistão influencia sua opinião em relação a consultar um profissional de saúde? O que significa saúde para você? Como você sabe que é saudável? Como eu saberia que você é saudável? Sendo um membro de segunda geração de uma família chilena, suas práticas de cuidados da saúde assemelham-se ou diferem das práticas de seus avós? Quais práticas parecem mais vantajosas nesse ponto de sua vida em família?

Raça

Essa subcategoria é um constructo básico e não uma variável intermediária. A raça influencia a identificação essencial do indivíduo e do grupo. Por exemplo, em estudo conduzido por Hill e Thomas (2002), os participantes do sexo feminino em relacionamentos heterossexuais com parceiros branco-negro descreveram o constrangimento e a repressão, assim como o fortalecimento de identidades. São contribuintes para o fortalecimento de identidade os participantes com múltiplas orientações de grupo de referência, que são fortes e se recusam a tomar partido de brancos ou negros. A raça faz a interseção com variáveis mediadoras como classe, religião e etnia. Atitudes raciais, estereótipos e discriminação são influências poderosas sobre a interação familiar e, se não orientadas, podem representar restrições negativas nos relacionamentos entre família e enfermeira. O "mito da igualdade" (Hardy, 1990) foi desafiado e, na última década, a singularidade de várias formas familiares foi mais ressaltada, especialmente com o maior uso da internet.

Os clínicos da família estimam que as variações na estrutura e desenvolvimento familiar de afro-americanos, asiáticos, hispânicos, brancos e outros sejam pontos fortes em potencial para ajudar essas famílias a funcionar sob várias condições econômicas e sociais. Há escassez de literatura sobre pontos fortes em potencial nas relações interculturais e inter-raciais. Nós incentivamos as enfermeiras a extrair os pontos fortes em vez dos desafios ao trabalhar com esses casais.

É importante notar a rápida mudança nos padrões raciais nos Estados Unidos. Cerca de uma em cada duas pessoas acrescentada à população entre 1º de julho de 2005 e 1º de julho de 2006 era hispânica (United States Census Bureau, 2007b). As pessoas de origem hispânica são a minoria étnica ou racial, constituindo 15% da população total da nação. Dentro das unidades familiares hispano-americanas, 64% são mexicanas, 9% porto-riquenhas, 3,5% cubanas, 3% salvadorenhas e 2,7% dominicanas (United States Census Bureau, 2007b). A porcentagem de residentes negros

nos Estados Unidos foi estimada em 13,4% em 1º de julho de 2005; isso inclui aquelas de mais de uma etnia (United States Census Bureau, 2007a).

As diferenças raciais, intra ou interculturais, não são problemas por si só. Mais exatamente, são questões de preconceito, discriminação e outros tipos de agressão intercultural com base nas diferenças. Como o número de famílias inter-raciais continua a crescer nos Estados Unidos, acredita-se que a etnia se torne menos desagregadora do que era. Penn (2007) relata que "em 2002, 20% das pessoas com 18-19 anos disseram que estavam se relacionando com alguém de uma raça diferente, diante de menos de 10% de apenas uma década antes. Dos membros do *Match.com*, 70% dizem que desejam se relacionar com alguém de uma raça diferente". (p. 63). Famílias inter-raciais estão silenciosamente provocando a erosão de muitas suposições que guiarão a política, costumes e hábitos da América durante muitas décadas.

Para algumas pessoas da raça em maioria ou minoria, a palavra "raça" é muito desagradável, uma vez que todos somos membros da raça humana. Elas sentem que a própria palavra implica em limites rígidos entre grupos de pessoas da raça humana e, portanto, que não é muito construtivo se unirem a nós.

É importante que as enfermeiras entendam os pontos de vista e as condutas de saúde da família influenciados por identidade racial, privilégio ou opressão. Em nosso trabalho clínico com famílias, verificamos ser muito válido refletir, de maneira crítica, sobre nossas ideias a respeito de raça, marginalização, minorias visíveis e invisíveis e "mito da igualdade", procurando vigorosamente as diferenças entre os vários grupos raciais e em seu âmbito. Por exemplo, perguntamo-nos em que aspecto uma família jamaicana-americana pode diferir de uma família afro-americana quanto a opiniões sobre hospitalização ou como um casal vietnamita poderia diferir de um casal japonês em suas crenças sobre institucionalizar ou não uma avó idosa.

Acreditamos que os profissionais de saúde devam ser racial e culturalmente competentes. Por exemplo, não afro-americanos que trabalham com famílias afro-americanas não devem assumir familiaridade, mas abordar as questões de racismo intervindo em termos de múltiplos sistemas, usar um enfoque de solução de problemas, envolver os líderes religiosos, se for indicado, incorporar os pais e reconhecer os pontos fortes. Muitas dessas orientações se aplicam igualmente a todas as etnias que trabalham em conjunto.

Perguntas a Serem Feitas à Família. Quais diferenças, por exemplo, você nota na maneira de seus parentes de Hong Kong criarem um filho e a sua própria? Se eu e você fôssemos da mesma raça, nossa conversa seria diferente? Como? Será que um tipo diferente de conversa teria maior ou menor probabilidade de ajudá-lo a recuperar a saúde? Você pode me ajudar a entender o que preciso saber para melhor ajudá-lo?

Classe social

A classe social molda os resultados educacionais, a renda e a ocupação. Cada classe, seja alta-alta, baixa-alta, alta-média, baixa-média, alta-baixa ou baixa-baixa, tem seu próprio conjunto de valores, estilos de vida e comportamento a influenciar a interação da família e as práticas de cuidado da saúde. A classe social afeta o modo de os membros da família se definirem e serem definidos; como se acarinham, como organizam a vida diária e como enfrentam os desafios, as lutas e as crises. Por exemplo, é mais provável que os adultos idosos da classe média ajudem os filhos adultos, ao passo que os adultos idosos da classe trabalhadora recebam ajuda.

A classe social tem sido referida como o principal modelador dos valores e sistemas de crenças da família. Grande parte da pesquisa sociológica e psicológica tem-se confundido com as diferenças de classe entre grupos étnicos. Acreditamos que, em uma sociedade classista e racista, classe e raça não são inseparáveis. Como a pobreza concentra-se desproporcionalmente entre as minorias raciais, muitos profissionais consideraram o subgrupo estatístico afro-americano como um representante da classe de baixa renda e o subgrupo estatístico branco como um representante do grupo das classes de média ou alta renda. Além disso, embora o número de hispânicos, englobando mexicanos, porto-riquenhos, cubanos e pessoas das Américas do Sul e Central, tenha aumentado substancialmente, tornando-se um grupo considerável nos Estados Unidos, até recentemente dados sobre casamento e família os excluíam. Esses dados, em geral, limitavam-se a negros (afro-americanos) e brancos, sem considerar hispânicos ou asiáticos. Em sua maioria, a literatura confunde os efeitos de raça e classe sem mencionar o "mito da identidade" nas famílias dentro de cada raça ou classe.

Da mesma forma que é apresentada como intercultural, a enfermagem muitas vezes é mostrada também como interclassista e apolítica. Acreditamos que geralmente as enfermeiras procurem a doença nas famílias como rejeição à obtenção do significado que as pessoas atribuem aos fatos; de seus padrões de vida diária e acesso a emprego, renda e moradia. As questões de classe social são vistas como de pouca consequência em uma "conversa séria" sobre enfermidade. Esse ponto de vista permitiu que as enfermeiras fugissem de muitas questões de classes associadas à desigualdade e à injustiça. Entretanto, o tratamento deve levar em conta os contextos cultural, social e econômico das pessoas que buscam ajuda. De operários a fazendeiros e executivos, as famílias estão tentando fazer frente aos custos de cuidados de saúde e às ameaças de perder a cobertura do seguro. Eles tomam decisões continuamente com base no que podem conseguir da assistência médica. Com a elevação dos preços das receitas de medicamentos e a crescente população idosa, muitas famílias estão ansiosas em relação a cuidados a longo prazo e à capacidade de providen-

ciá-los para os seus entes queridos. A incerteza da família e os efeitos dos ataques de 11 de setembro criaram maiores dificuldades para os trabalhadores pobres.

Os achados dos estudos conduzidos por Tubbs, Roy e Burton (2005) lançaram alguma luz sobre como as famílias de baixa renda planejam o tempo familiar. Quatro categorias de atividades proporcionam o contexto para a interação pai-filho: hora de conversar, hora das refeições, hora de lazer e a partilha de guloseimas (por exemplo, doces, biscoitos). O tempo familiar estava embutido em outras atividades e não nas atividades de lazer ou num horário "fora do relógio" dos cuidados materiais diários dos filhos.

A avaliação da classe social ajuda a enfermeira a entender de uma nova maneira os fatores de estresse e os recursos da família. Em termos gerais, as mulheres descem na hierarquia da classe social após um divórcio, mas não os homens. Se as enfermeiras reconhecerem as diferenças nas crenças da classe social entre elas próprias e as famílias, isso poderá estimular novas estratégias de promoção e intervenção de saúde. É importante na prestação de cuidados de saúde que as enfermeiras estejam cientes de influências, tais como o "telhado de vidro" e o serviço temporário de meio-período *versus* período integral permanente e com benefícios. Os riscos de ameaça física, representados pela mobilidade ascendente, enfrentados pelas mulheres que entram em alguns ambientes de trabalho de domínio masculino, como os militares, também devem ser do conhecimento dos profissionais de saúde.

Em nosso trabalho clínico quase sempre nos perguntamos como a classe social da família pode influenciar opiniões, valores e utilização de serviços de saúde, bem como na interação conosco. A doença grave pode intensificar os problemas financeiros, diminuir a capacidade de enfrentá-los e exigir soluções em desacordo com o consenso financeiro convencional. Fico surpresa ao ver as diferenças intrafamiliares em relação à classe e como essas diferenças podem ajudar ou impedir, por exemplo, que uma família enfrente uma doença crônica.

Perguntas a Serem Feitas à Família. Quantas vezes você mudou de casa nos últimos 5 anos? As mudanças tiveram influências positivas ou negativas sobre sua capacidade de lidar com o problema de síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) de seu filho? Em quantas escolas sua filha Frishta estudou? Sua situação financeira influencia de algum modo a utilização de recursos de saúde? Qual o impacto que o trabalho em turnos de Nuar causa no nível de estresse da família?

Espiritualidade e/ou religião

As crenças religiosas dos membros de uma família, bem como os rituais e as práticas, podem exercer influência positiva ou negativa sobre sua capacidade de enfrentar ou lidar com uma doença ou preocupação de saúde.

Portanto, as enfermeiras devem explorar com antecedência a área negligenciada. Emoções como medo, culpa, ira, paz e esperança podem ser alimentadas ou contrabalançadas pelas crenças espirituais ou religiosas do indivíduo. Wright (2005) incentiva que se faça a distinção entre espiritualidade e religião para fins de avaliação e diz que com isso se tem potencial para convidar os membros da família a maior abertura no que se refere a esse domínio potencialmente sensível da consulta. *Espiritualidade* é definida como qualquer coisa ou pessoa que ofereça um significado e um propósito final à vida de um indivíduo e convida a determinados modos de ser no mundo em relação aos outros, a si mesmo e ao universo (Wright, 2005). Religião é definida como afiliação ou associação a uma determinada comunidade de fé que compartilha uma série de crenças, rituais, preceitos morais e, às vezes, um código de saúde centrado em um poder superior definido ou transcendental mais frequentemente referido como Deus (Wright, 2005).

Levac, Wright e Leahey (2002) sugerem que a avaliação da influência da religião é mais crítica no momento do diagnóstico de uma doença crônica ou potencialmente fatal. A avaliação é especialmente importante e relevante quando ocorrerem crises capazes de causar extremo sofrimento, como morte traumática causada por acidente automobilístico, morte súbita por doença, violência ou abuso, ou um diagnóstico potencialmente fatal. Nessas situações, é crítico que a enfermeira determine qual é o significado atribuído pela família a esses eventos trágicos e, por último, qual a percepção que os seus membros têm do próprio sofrimento (Wright, 2005). Pensamos que crenças, espiritualidade e transcendência são importantes para a resiliência da família.

A espiritualidade e a religião também influenciam os valores, a magnitude, os cuidados de saúde e os hábitos sociais da família. Por um lado o individualismo relaciona-se, de modo intrincado, à ética do trabalho protestante. O apoio da família e da comunidade, por outro lado, é muito evidente nas religiões mórmon e judaica, o que favorece o apoio inter e intragerações. Tradições populares de cura, que combinam práticas religiosas e de saúde, são muito comuns em alguns grupos étnicos. Existem algumas práticas espiritualistas nas quais o médium, ou um conselheiro, ajuda a exorcizar os espíritos causadores de doenças. Por exemplo, podem ser encontrados *espiritistas* ou curadores em muitas comunidades cubanas e latino-americanas. Tais curadores, líderes religiosos, xamãs e sacerdotes podem constituir recursos inestimáveis para as famílias que enfrentam crises e necessidades a longo prazo, tais como a do apoio de um cuidador.

A espiritualidade e a religião são um recurso comumente subutilizado no trabalho com família. Envolve "correntes de experiência que fluem por meio de todos os aspectos de nossas vidas, desde herança familiar até sistemas de crenças pessoais, rituais e práticas e afiliações a congregações" (Walsh, 1999, p. 3). O surpreendente sucesso dos Alcoólicos Anônimos é um exemplo do poder de um programa que incorpora a espiritualidade.

Incentivamos as enfermeiras que visitam as famílias em suas residências a observar a presença de sinais de influência religiosa – por exemplo, estatuas, velas, bandeiras e textos religiosos, como Bíblia, Torá ou Alcorão. Temos curiosidade sobre restrições e hábitos dietéticos assim como sobre as práticas tradicionais ou alternativas de saúde influenciadas por crenças religiosas. Contudo, somos cautelosos para não assumir que fortes crenças espirituais ou religiosas aumentem a felicidade ou a interação conjugal, embora possam diminuir a possibilidade de divórcio.

Nosso trabalho clínico com famílias nos ensinou que a experiência do sofrimento muitas vezes ultrapassa aquela da espiritualidade, à medida que os membros da família tentam encontrar o significado de seu sofrimento (Wright, 2001, 2005). Se as enfermeiras quiserem ser úteis, devem reconhecer que o sofrimento é, em muitos casos, a insensibilidade a ele, acaba sendo uma questão espiritual. Portanto, em nosso trabalho clínico já nos perguntamos sobre a influência da religião e da espiritualidade nas práticas de cuidados de saúde da família. Para uma discussão mais profunda de ideias clínicas e exemplos que abordam o vínculo entre espiritualidade e sofrimento, além de como avaliar e intervir, incentivamos os leitores a examinar o texto de 2005 *Spirituality, Suffering, and Illness: Ideas for Healing*, de Lorraine M. Wright.

Perguntas a Serem Feitas à Família. Qual o significado que a espiritualidade ou a religião têm para você na vida diária? Você participa de uma igreja, templo ou sinagoga? Conversar com alguém de sua igreja ou templo o ajudaria a enfrentar a doença de Pierre? Suas crenças religiosas são um apoio para você? Para os outros membros da família? Quem, entre os membros de sua família, incentivaria mais a utilização das crenças espirituais para você enfrentar a doença? É uma fonte de estresse para você? Para outros membros da família? Quem, dentre seus familiares, mais o encorajaria a usar as crenças espirituais para enfrentar o câncer de Perimeter? Quais as suas fontes de esperança? Você descobriu que suas preces ou outras práticas religiosas o ajudaram a enfrentar a esquizofrenia de Surinder? Se sim, para quem você ora? Suas preces são atendidas? O que a sua religião diz sobre os papéis de gênero? Orientação sexual? Como essas crenças o afetaram, Davinderpal?

Ambiente

Essa subcategoria abrange aspectos da comunidade mais ampla, vizinhança e lar. Os fatores ambientais, tais como adequação de espaço, privacidade e acesso a escolas, creche, recreação e transporte público, influenciam o funcionamento da família. Esses fatores são especialmente relevantes para os idosos, que têm maior probabilidade de permanecer em um ambiente pobre, mesmo tendo se tornado perigoso viver ali. Epstein (2003) levanta uma questão perturbadora sobre o ambiente: “Nas vizinhanças

urbanas decadentes da América, as doenças associadas à idade avançada estão acometendo os jovens. Pode o simples fato de conviver ali torná-lo um doente?” Alguns desses vizinhos apresentam os maiores índices de mortalidade do país em virtude da prevalência de doenças crônicas e não ferimentos por arma de fogo ou drogas. Epstein comenta que “o esmagador estresse diário de viver na pobreza na América é uma condição ‘climática’ não muito diferente do efeito à exposição ao vento e à chuva nas casas” (p. 76). Nós ajustamos nossas percepções sobre os sem-teto e nos engalfinhamos com a ideia de que famílias com crianças são um dos grupos sem moradia de crescimento mais rápido. A falta de moradia não é um problema urbano nem regional, mas, ao contrário, é um problema disseminado na América do Norte.

Em nosso trabalho clínico com famílias, solicitamos a nós mesmas e às enfermeiras com quem trabalhamos avaliar se a casa é adequada para o número de pessoas que nela moram. Nossa percepção é diferente da percepção da família? Quais serviços de saúde e outros serviços básicos estão disponíveis na casa? Na vizinhança? Qual o acesso, em termos de distância, conveniência, etc., aos meios de transporte e serviços de recreação? A área é segura? Quando se faz perguntas abertas sobre quais outras forças contextuais influenciam a família, é possível obter uma faixa mais ampla de respostas. Estas podem variar desde as “convicções políticas” a “fazer compras no *shopping*” até a “música” e a CNN.

Perguntas a Serem Feitas à Família. Quais serviços comunitários sua família utiliza? Existem serviços comunitários que você gostaria de conhecer, mas não sabe como entrar em contato? Como você classifica, em uma escala de 1 a 10, o bem-estar em sua vizinhança? O que o deixaria mais confortável para continuar a funcionar independentemente em casa?

Instrumentos para avaliação estrutural

O genograma e o ecomapa são dois instrumentos particularmente úteis para delinear as estruturas internas e externas da família. São de utilização simples, sendo necessários apenas um pedaço de papel e uma caneta. O genógrafo projetado por Duhamel e Campagna (2000) pode ser utilizado para desenhar o genograma. Uma alternativa são alguns programas computadorizados com genogramas característicos.

O *genograma* é um diagrama do grupo familiar. O *ecomapa*, por outro lado, é um diagrama do contato da família com os outros indivíduos fora da família imediata. Representa os vínculos importantes entre a família e o mundo. Estamos cientes da arbitrariedade da distinção, para alguns grupos culturais, entre o genograma e o ecomapa. Por exemplo, o genograma padrão pode ser inadequado para afro-americanos pela hipótese subjacente a este de que a “família” seja uma entidade estritamente bio-

lógica. Incentivamos as enfermeiras a fazer uma adaptação entre esses instrumentos, para proceder à representação de composições familiares específicas.

Esses instrumentos foram desenvolvidos como dispositivos de avaliação, planejamento e intervenção familiares. Podem ser utilizados para reestruturar comportamentos, relacionamentos e vínculos no tempo com as famílias, assim como remover e normalizar as percepções das famílias sobre elas mesmas. Ao apontar para o futuro, assim como para passado e presente, os genogramas facilitam as interpretações alternativas da experiência familiar. Eles podem ajudar a enfermeira e as famílias a ver um quadro mais amplo e a ter a visão dos problemas tanto no contexto histórico como no atual. Os genogramas também podem ser utilizados para promover o treinamento de clínicos culturalmente competentes e para que as enfermeiras aumentem sua autoconsciência. Rempel, Neufeld e Kushner (2007) defendem o uso interativo dos genogramas e ecomapas com um método de geração de dados baseado em estudo sobre as experiências de interações de apoio e não apoio dos cuidadores do sexo masculino. Eles descobriram que esses instrumentos proporcionavam um fundamento contextual que aumentava a compreensão, pelos pesquisadores, das experiências familiares.

Concordamos com McGoldrick, Gerson e Petry (2008) que, embora se possa dizer muito sobre a expansão dos genogramas para incluir questões de contextos sociais mais amplos (genogramas sexual, cultural, religioso ou espiritual), em termos realistas, tal mapeamento é extremamente difícil de ser realizado. Os sexogramas foram desenvolvidos para mapear as relações entre os gêneros ao longo do ciclo vital. É provável, na melhor das hipóteses, que exploremos somente algumas dimensões de uma vez e recomendamos que tais dimensões sejam conectadas diretamente ao objetivo do encontro da família com a enfermeira. Por exemplo, a reunião de uma enfermeira com um casal em tratamento de reabilitação em um centro de vício sexual poderia, razoavelmente, explorar a história de vício sexual da família em um genograma. Essa área de conteúdo provavelmente não seria apropriada para a reunião de uma enfermeira com a família em uma unidade de cuidados intensivos. McGoldrick, Gerson e Petry (2008) delinearão as questões importantes, difíceis de serem capturadas em genogramas:

- Membros da família envolvidos nos negócios da família.
- Relações dos membros da família com o sistema de cuidados de saúde.
- Questões culturais do genograma.
- Segredos de família.
- Nuanças específicas do relacionamento familiar incluindo poder, padrões de fuga, etc.

- Padrões de amizade.
- Relacionamentos com colegas de trabalho.
- Genogramas espirituais.
- Genogramas comunitários.
- Rastreamento de fatores de estresse, médicos e psicológicos.

Tipicamente, os genogramas não mostram os vínculos emocionais, do presente ou do passado, entre os membros da família. Os complexos relacionamentos daqueles que aqueceram os nossos corações, nos guiaram e nutriram, culpavam ou causaram grave trauma geralmente não são representados. Isso é tanto uma limitação como um recurso; os genogramas tendem a ser um rápido flagrante do presente.

Com a ajuda de computadores podemos fazer mapas tridimensionais que nos permitem rastrear os padrões complexos do genograma. Nossa precaução para a prática das enfermeiras é o uso do genograma como um instrumento clinicamente relevante, e não como um mapa ou folha de coleta de dados. Os genogramas computadorizados nos permitem explorar padrões familiares específicos, resiliências e grupos de sintomas. Reunir, mapear e rastrear a história da família é muito mais fácil com o uso de um genograma que utiliza uma base de dados computadorizada. Nós impelimos as enfermeiras a se perguntarem: Qual é a finalidade de coletar grandes quantidades de informações sobre a história dessa família e com essas informações serão úteis para o propósito de meu trabalho com essa família? O uso de computadores e as informações dos genogramas fornecerão ricos dados para a pesquisa da família, mas ainda não se sabe como isso será útil para os cuidados imediatos da família. É claro, com *softwares* computadorizados de genogramas haverá muito mais possibilidades de representar os problemas familiares nos diferentes momentos de sua história. Clínicos e membros da família terão então a oportunidade de escolher quais aspectos de um genograma desejam mostrar para um determinado objetivo e, ao mesmo tempo, criar uma base de dados de toda a história da família.

Genogramas

Os genogramas contêm muitas informações na forma de um gestaltismo visual. Quando se considera o número de palavras a serem empregadas na descrição dos fatos ali representados, ficam claras a simplicidade e a utilidade desses instrumentos. Os genogramas, quando colocados em gráficos de pacientes, atuam como avisos constantes para lembrar as enfermeiras de "pensarem na família". Como instrumento de participação, é útil para aplicação durante a primeira reunião com a família. Oferece ricos dados sobre relacionamentos ao longo do tempo, podendo também incluir dados sobre saúde, ocupação, religião, etnia e migrações. O geno-

grama pode ser utilizado para desencadear informações úteis tanto para a família como para a enfermeira sobre o desenvolvimento e outras áreas de funcionamento familiar.

O esboço do genograma tende a seguir gráficos convencionais genéticos e genealógicos. É uma árvore familiar que representa a estrutura familiar interna. É uma prática comum incluir, pelo menos, três gerações. Os membros da família são colocados em séries horizontais que significam linhagens de gerações. Por exemplo, um casamento ou relacionamento consensual é denotado por uma linha horizontal. Os filhos são denotados por linhas verticais. Os filhos são inseridos no genograma em ordem de nascimento da esquerda para a direita, a partir do filho mais velho. Cada indivíduo é representado. A Figura 3.2 mostra um genograma em branco.

Alguns autores (McGoldrick, Gerson e Shellenberger, 1999) diferem ligeiramente nos símbolos que utilizam para denotar detalhes do genograma. Entretanto, os símbolos na Figura 3.3 geralmente são aceitos.

O nome e a idade da pessoa devem ser anotados do lado de dentro do quadrado ou círculo. Do lado de fora do símbolo, devem ser anotados dados significativos coletados da família (por exemplo, viaja muito, deprimido, excessivamente envolvido com o trabalho, etc.). Se um membro morreu, o ano de sua morte é indicado na parte superior do quadrado ou círculo. Quando é utilizado o símbolo de aborto, o sexo da criança deve ser identificado, caso seja conhecido. Um pequeno quadrado é usado para denotar um doador de esperma (McGoldrick, Gerson e Petry, 2008). É útil desenhar um círculo ao redor das diferentes unidades familiares. Descobrimos que, quando os filhos viveram em vários contextos (por exemplo,

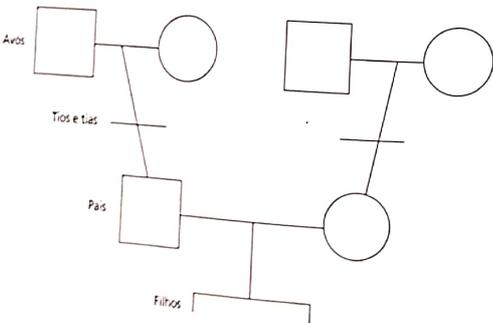


Figura 3.2 - Genograma em branco.

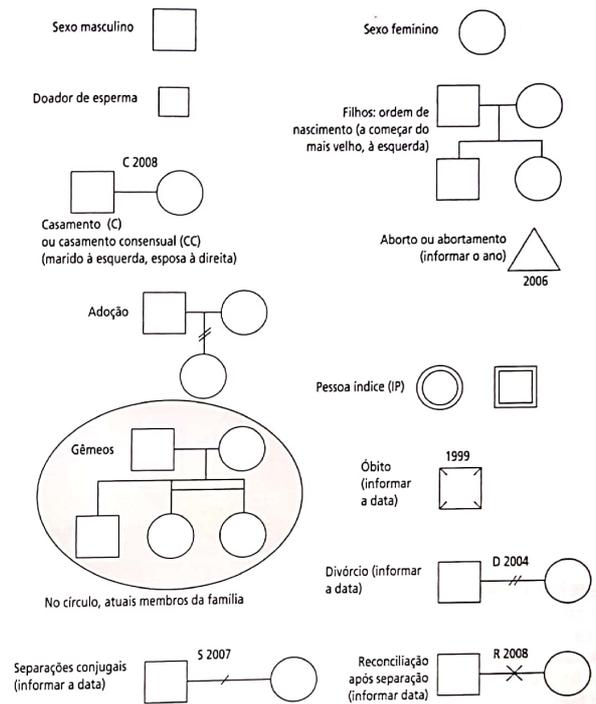


Figura 3.3 - Símbolos utilizados nos genogramas.

família biológica imediata, família de adoção temporária, avós, família adotiva), genogramas separados podem ajudar a mostrar as múltiplas famílias da criança ao longo do tempo.

Um exemplo de genograma nuclear e de família extensa é apresentado na Figura 3.4 para a família Lamensa. Raffaele, 47 anos, casou-se com Silvana, 35 anos, em 1995. Viveram juntos por 2 anos antes do casamento. Têm dois filhos: Gemma, 14 anos, que está na oitava série, e Antonio, 7 anos, repetente da primeira série. Raffaele trabalha como maquinista e

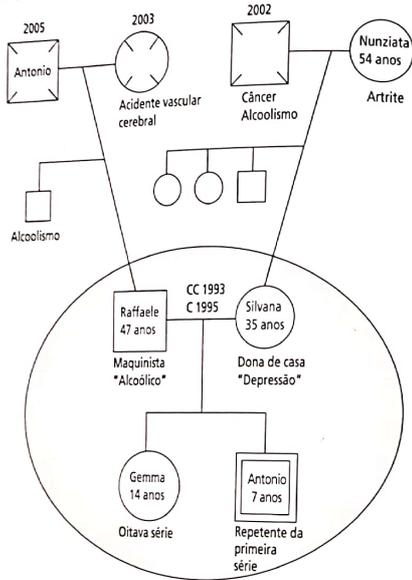


Figura 3.4 - Exemplo de genograma: a família Lamensa.

Silvana refere-se a ele como "alcoólico". Silvana é dona de casa e comenta que teve "depressão" por vários anos. Os pais de Raffaele são falecidos. Seu pai faleceu em 2005 e sua mãe, em 2003, de acidente vascular cerebral. O irmão mais velho de Raffaele também tem problema com uso de álcool. O jovem Antonio recebeu esse nome em homenagem ao avô. A mãe de Silvana, Nunziata, 54 anos, tem artrite, que vem se tornando progressivamente pior desde a morte do marido, em 2002. Silvana tem duas irmãs mais velhas e um irmão.

A Figura 3.5 ilustra um casal de lésbicas com um filho, nascido de uma delas, Loree (30 anos) e adotado pela outra, Sarah (28 anos). Loree e Sarah vivem como um casal desde 2006 e estão casadas desde 2008. O filho biológico de Loree (8 anos) foi concebido por inseminação artificial. O filho doador de esperma desconhecido é representado por um quadrado pequeno. A mãe de Loree, Adrienne, uma enfermeira jamaicana aposentada (65 anos), divorciou-se do pai de Loree em 1981, casou-se novamente em

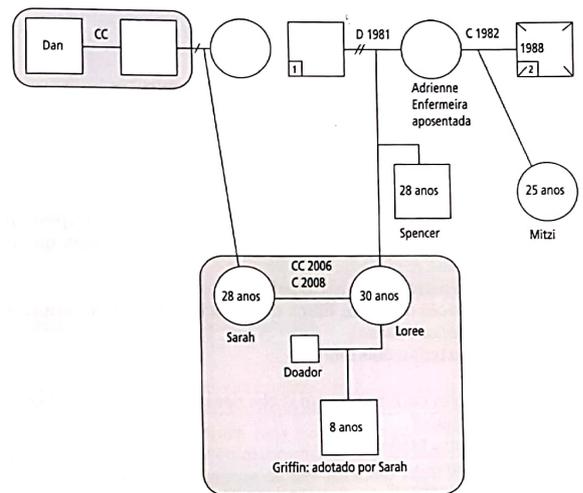


Figura 3.5 - Exemplo de genograma: Inseminação artificial e casal de lésbicas.

1982, teve outra filha, Mitzi, e enviou em 1988. Mitzi está considerando a cirurgia transgênero. Os pais de Sarah são separados e o pai vive em regime consensual com Dan, sua parceira de negócios. Sarah não tem irmãos. Loree tem um irmão mais moço, Spencer (28 anos) e a meia-irmã (25 anos).

Como utilizar o genograma

No início da entrevista, a enfermeira convida a família informando que terão uma conversa para que ela possa ter uma visão geral de quem está na família e de sua situação. A enfermeira pode então utilizar a estrutura do genograma para discernir as estruturas familiares internas e externas, bem como o contexto. Portanto, ela obtém uma compreensão da composição e vínculos da família.

Inicialmente, ela apresenta uma folha de papel em branco e desenha uma linha ou círculo representando a primeira pessoa na família para a qual é dirigida a pergunta.

A seguir, mostra da entrevista com a família Manuyag.

Enfermeira: Elena, você disse que tem 23 anos, e você Matias, quantos anos tem?

Matias: Trinta e quatro.

Enfermeira: Há quanto tempo são casados?

Matias: Neste ou no primeiro casamento?

Enfermeira: Neste. E, depois, no primeiro casamento.

Matias: Exatamente 2 anos, com Elena.

Enfermeira: E o primeiro?

Matias: Dez anos no primeiro.

Enfermeira: E Elena, já foi casada antes?

Elena: (Ri nervosamente) Eu só tenho 23 anos.

Enfermeira: Certo, é exatamente nessa idade que muitas pessoas passam a viver juntas em casamentos consensuais ou se casam oficialmente quando são muito jovens.

Elena: Não. Eu morava com meus pais até encontrar Matias.

Enfermeira: Vocês dois têm filhos dos relacionamentos anteriores? (Volta-se para Matias e Elena).

Matias: Sim, eu tenho dois filhos.

Elena: Não.

Enfermeira: Além da Teresita aqui (Olha para um bebê no sofá), vocês dois têm outros filhos?

Elena: Sim, temos Manandro.

Matias: O fedorento, você quer dizer.

Enfermeira: Fedorento?

Matias: Ele ainda não está treinado para ir ao banheiro.

Enfermeira: Oh, sim. E ele tem que idade?

Elena: Ele tem quase 3 anos. Estamos tentando treiná-lo desde que percebi estar grávida de Teresita, mas parece que ele não quer ser treinado.

Enfermeira: (Aqui escendo) Hum.

Matias: Sim, aquele fedorento!

Enfermeira: E Teresita tem quantas semanas agora?

Elena: Ela fará 21 dias amanhã (Sorri para a criança).

Enfermeira: Alguém mais mora com vocês?

Matias: Não. Os pais dela são nossos vizinhos, moram na porta ao lado.

A enfermeira dispõe agora de um genograma rudimentar da família Manuyag (Fig. 3.6) e reuniu informações que podem ou não ser significativas, dependendo da maneira pela qual a família respondeu aos vários eventos na sua história, tais como:

- Manandro foi concebido antes do casamento.
- É chamado de "fedorento" de maneira pouco afetuosa pelo pai.
- Elena vem tentando treinar Manandro desde os 24 meses de idade.
- Elena morava com sua família de origem antes do casamento. A família mora na porta ao lado.
- Matias foi casado anteriormente e tem dois outros filhos.

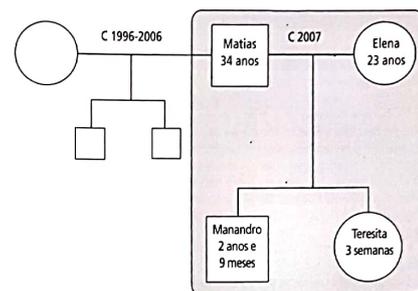


Figura 3.6 - Genograma da família Manuyag.

Após indagar sobre a família nuclear, a enfermeira continua perguntando sobre a família extensa. Em geral, não é muito importante obter grandes detalhes desses parentes, mas o critério clínico deve prevalecer. Se, por exemplo, os avós estiverem envolvidos nos cuidados de colostomia da criança, então um genograma de três gerações deve ser elaborado. Por outro lado, se a criança apresenta distensão do punho, então é suficiente um genograma de duas gerações. Após serem feitas perguntas sobre os pais e irmãos do marido, a enfermeira deve então indagar sobre a família de origem da esposa. Isso é importante para que a enfermeira tenha uma visão geral da estrutura da família, sem extrapolar o assunto ou ser inundada por um grande volume de informações. O Quadro 3.1 contém sugestões úteis para a elaboração de genogramas.

O mesmo formato de perguntas, utilizado para as famílias nucleares, é empregado para as famílias adotivas, com uma exceção. Geralmente é mais fácil indagar primeiro a um dos cônjuges sobre seus relacionamentos anteriores e depois continuar a perguntar ao outro cônjuge sobre os seus. Essa ideia se mantém especialmente verdadeira no trabalho com situações familiares complexas que envolvem múltiplas figuras parentais e irmãos. Novamente, é desnecessário reunir informações específicas sobre todos os membros da família extensa. É útil desenhar um círculo ao redor dos atuais membros da família para fazer a distinção entre as várias unidades familiares. Em geral, é mais fácil indicar o ano em que ocorreu um divórcio do que o número de anos a partir de sua efetivação.

A Figura 3.7 ilustra um exemplo de genograma de uma família adotiva. Nessa família adotiva, Michael (35 anos) desde 2007 vive em regime de casamento consensual com Melanie (33 anos), que trabalha meio-período como garçone. Melanie também é dona de casa, com duas crianças do

Quadro 3.1 - Sugestões úteis para elaboração de genogramas

- Determinar prioridades para a elaboração do genograma com base na situação da família
- Um genograma de três gerações pode ser útil quando o problema de saúde da criança (físico ou emocional) for influenciado pela ou afetar a terceira geração
- Em geral, um breve genograma de duas gerações é mais conveniente de início, especialmente para a família que tem necessidade de cuidados preventivos de saúde (imunizações) ou preocupações menores de saúde (lesões esportivas). A enfermeira sempre poderá expandir a terceira geração, se necessário
- Convidar o maior número possível de membros da família para a reunião inicial ou visita, a fim de se obter o ponto de vista de cada um deles e observar a sua interação
- Convidar a família para participar de um exercício para completar o genograma
- Usar o genograma para "quebrar o gelo", proporcionar estrutura e iniciar uma conversa com objetivo
- Perguntar à família como um dos membros significativo e ausente responderia a determinada pergunta
- Evitar discussão dolorosa ou censurável, em especial sobre membros ausentes da família
- Mostrar interesse por cada um dos membros da família, sendo sensível às diferenças de desenvolvimento
- Elaborar perguntas individuais sobre os estágios de desenvolvimento dos filhos para que estes contribuam de forma ativa
- Observar os comentários verbais e não verbais dos filhos
- Se alguns membros forem tímidos ou parecerem desinteressados em participar diretamente (por exemplo, adolescentes), perguntar a outros membros da família a seu respeito
- Começar fazendo perguntas "fáceis," individuais, seguidas pela exploração dos subsistemas
- Fazer perguntas concretas, de respostas fáceis, aos indivíduos (especialmente crianças) a respeito de idades, ocupações, interesses, estado de saúde, graduação escolar e professores, para aumentar os níveis de bem-estar
- Mudar a discussão sobre os indivíduos para os subsistemas a fim de trazer à tona dados relacionais. Pergunte sobre relacionamentos pai-filho ou entre irmãos, dependendo das preocupações paternas
- No caso de famílias adotivas, podem ser feitas perguntas sobre o contato com pai/mãe que não está com a custódia e com o que está com a custódia, e sobre a satisfação dos filhos com as visitas e os relacionamentos com a família adotiva
- Observar as interações familiares
- Durante a elaboração do genograma, observar o conteúdo (o que é dito) e o processo (como é dito)
- Mudar a discussão sobre a situação atual da família para perguntas sobre a família extensa, caso pareça relevante (por exemplo, "Os pais de Ruhi têm condições de ajudar a cuidar da traqueostomia do bebê? (Que tal uma babá?")
- Ao discutir gerações, a enfermeira pode achar conveniente fazer perguntas sobre a história de saúde da família (por exemplo, "Existe uma história de abuso de álcool [ou violência, problemas de aprendizado ou doença mental] em sua família?"). As perguntas da enfermeira podem ser elaboradas objetivando uma área específica de preocupação da família em vez da exploração genérica

Levat, A.M., Wright, L.M. e Leahy, M. (2002). Children and families: Models for assessment and intervention. In J. Fox (Ed.), *Primary healthcare of infants, children and adolescents* (p. 14). St. Louis: Mosby. Copyright 2002. Adaptado com permissão.

primeiro casamento, Kathy (11 anos) e Jacob (9 anos), que tem TDAH (transtorno do déficit de atenção e hiperatividade) e frequenta uma classe especial da terceira série. Michael casou-se em 1993 com sua primeira esposa, Laura. Eles se divorciaram em 1997. Michael e Laura tiveram um filho, atualmente com 8 anos. Michael é filho único. Seu pai cometeu sui-

cídio em 2000. Sua mãe ainda é viva. Melanie é a filha mais nova de três irmãs e seus pais são vivos. Melanie casou-se em 1997 com David; separaram-se em 2004 e divorciaram-se em 2007. David, 36 anos, é um mecânico que mora atualmente com Camille, em regime de casamento consensual, e os três filhos dela. Camille e seu primeiro marido, Rob, divorciaram-se em 2000, reconciliaram-se em 2002 e depois se divorciaram em 2003.

Não existem orientações específicas para desenhar genogramas ilustrando as situações complexas de família adotiva. Contudo, funciona melhor para a enfermeira começar a reunir informações sobre a família imediata. Depois disso, ela desenha cada grupo familiar. Sempre que possível, é melhor mostrar os filhos dos diferentes casamentos em sua correta ordem de nascimento, o mais velho à esquerda e o mais jovem à direita. Concordamos com McGoldrick, Gerson e Petry (2008) que a regra prática, se viável, é que diferentes casamentos sigam uma ordem cronológica da esquerda para a direita. Às vezes, consideramos útil indicar o número de relacionamentos ou casamentos no canto esquerdo, quando houver vários relacionamentos. Ver Figura 3.5, na qual os maridos de Adrienne são indicados como nº 1 e nº 2. Pode ser útil desenhar um círculo ao redor de cada unidade familiar diferente. Se um dos membros do

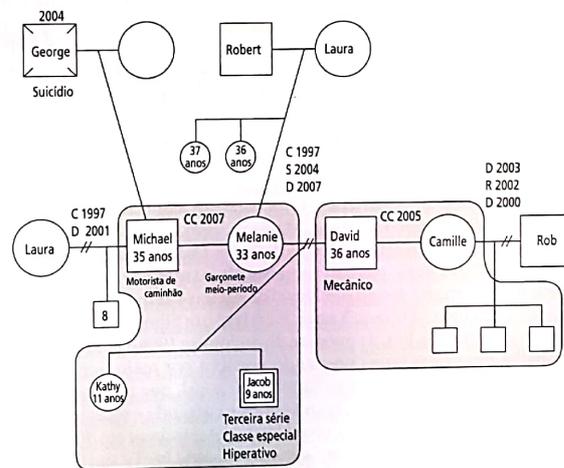


Figura 3.7 - Exemplo de genograma de uma família adotiva.

casal tiver um caso amoroso, então, o seu relacionamento é representado com uma linha pontilhada, em vez de sólida. Informações adicionais pertinentes, tais como filhos que se deslocam entre duas unidades familiares, podem ser registradas na margem do genograma. É importante para a enfermeira lembrar-se de que a finalidade de desenhar o genograma é obter uma visão geral da família. O genograma não pretende ser um gráfico exato de genética.

Outros problemas surgem quando há múltiplos casamentos. Casamentos dentro da família e, novos casamentos, também dentro da família. Por exemplo, quando primos ou irmãos adotivos se casam, o clínico deverá usar páginas separadas para esclarecer as complexidades. Nas situações familiares complexas, a enfermeira precisa escolher entre a clareza e o nível de detalhes. Quando são utilizados computadores para diagramar os genogramas, a complexidade pode ser reduzida com o uso de *zoom* para as informações significativas. Aconselhamos as enfermeiras a deixarem a praticidade e a possibilidade serem os seus guias.

Desenvolva um genograma útil e não excessivamente inclusivo e muito confuso. Algumas vezes, a única maneira viável para as enfermeiras pediátricas esclarecerem onde foram criadas as crianças é fazer anotações cronológicas sobre cada criança e desenhar múltiplos genogramas no decorrer do tempo, para mostrar os vários grupos familiares que a criança vivenciou. Com *software*, genogramas específicos podem ser criados para momentos específicos na vida de uma pessoa. Quando existem discrepâncias nas informações compartilhadas pelos vários membros da família, aconselhamos as enfermeiras a anotar isso no genograma, mas sem adotar um papel investigativo. Podem existir múltiplas verdades e lembranças das informações.

Talvez um genograma mais típico de família adotiva esteja representado na Figura 3.8. Nesse genograma, a família Faris é composta de David (42 anos), um programador de *software* que vive em regime consensual com Patti (40 anos), desde 2005, uma varejista associada que trabalha meio-período. Eles têm uma filha, Madison, com 1 ano de idade, que recebeu recentemente o diagnóstico de diabetes. Os filhos gêmeos de David, Jack e Ben, com 6 anos, passam semanas alternadas na casa da mãe, na cidade e, no apartamento do pai. David divorciou-se em 2004; sua primeira esposa tem uma filha com 3 anos. Patti tem um filho, Dan (20 anos), de seu primeiro marido, Jim, de quem se divorciou em 1990. Dan vive sozinho e trabalha em vários bares prestando serviços por meio-período. Patti também tem duas outras filhas, Tamika (16 anos), que recentemente foi expulsa da escola, e Shannon, com 14 anos e cursando a oitava série. Elas são de seu segundo casamento, com Lloyd, que terminou em divórcio, em 1997. As adolescentes vivem com a mãe e visitam Lloyd e sua família duas vezes na maioria dos verões. A atual preocupação de saúde é o diabetes de Madison, e o lar atual é constituído por David, Patti, as três

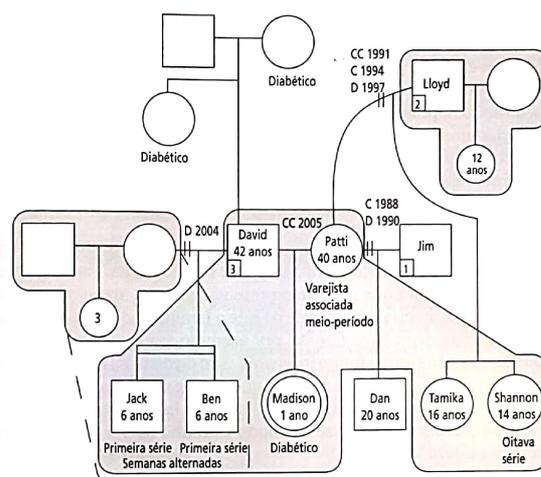


Figura 3.8 - Exemplo de genograma: Família adotiva Faris.

meninas e, em semanas alternadas, os gêmeos. A mãe de David tem diabetes, assim como sua irmã mais velha.

Outro exemplo de situação familiar é o da família Fitzgerald-Kucewicz em que uma criança mora com a avó e seu marido. O paciente identificado, Sophia Kucewicz, com 8 anos, mora com a avó, 45 anos, Patricia Fitzgerald; Vincent, o parceiro consensual de Patricia há 10 anos, e a tia de Sophia, Susan, 19 anos. Patricia foi casada anteriormente com Steven Fitzgerald durante 14 anos. Patricia e Steven tiveram três filhos: Susan, 19 anos, Douglas, 23 anos, e Joan, 25 anos, que é a mãe de Sophia. Joan engravidou de Sophia aos 16 anos. O pai de Sophia, Michael Kucewicz, e sua mãe, Joan, tiveram um breve relacionamento, quando então ela foi concebida. Embora Michael estivesse ciente da gravidez, ele saiu da cidade logo depois do nascimento de Sophia e nunca mais a encontrou. Quando Sophia estava com 2 anos de idade, Joan teve outra filha, Kayla, que subsequentemente foi morar com o seu pai natural aos 4 anos de idade. Quando Sophia tinha 2 anos e meio, sua mãe foi viver com Ben, a quem Sophia conheceu como pai. Joan e Ben tiveram dificuldades em proporcionar um ambiente estável para Sophia e Kayla e, de vez em quando, mudavam-se para a casa de Patricia e Vincent. Patricia relata que Joan e

Ben usavam drogas e álcool e ficavam desempregados com frequência. Ben era física e verbalmente abusivo com Joan e, depois de ocorrer no porão da casa um episódio particularmente atemorizante entre ambos, ela chamou a polícia. O departamento do bem-estar da criança se envolveu no caso, levando Sophia para ficar sob a guarda de Patricia e Vincent. Joan e Ben mudaram-se para a própria casa, sendo combinado que Sophia ficaria com eles em fins de semana alternados. A real preocupação de saúde dessa família são os pesadelos de Sophia, especialmente, depois de regressar das visitas ao trailer de Joan e Ben. A Figura 3.9 mostra o genograma da família Fitzgerald-Kucewicz.

A maioria das famílias é extremamente receptiva e tem interesse em colaborar com a enfermeira para completar o genograma. Para algumas delas, é a primeira vez que se veem representadas dessa maneira. Portanto, a enfermeira precisa estar ciente de que a família pode reagir a certos eventos significativos. Uma família, por exemplo, pode expressar algum material sensível de forma muito insensível. Se o divórcio foi muito comum em suas famílias de origem, é possível que não hesitem em discutir seus vários casamentos e os de seus irmãos. Por outro lado, uma família católica devota pode sensibilizar-se de modo estranho ao ver a enfermeira escrever a palavra "divórcio".

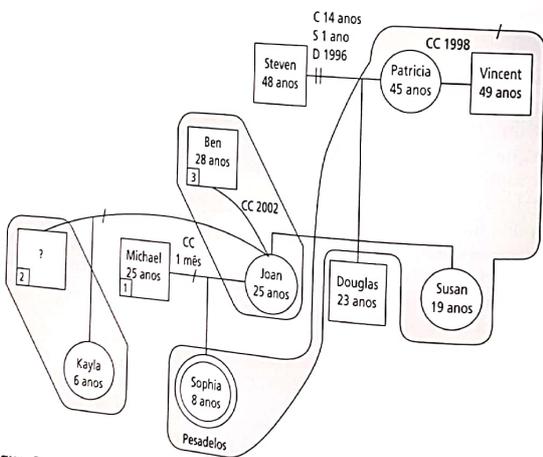


Figura 3.9 - Genograma da família Fitzgerald-Kucewicz.

Ecomapa

Como no genograma, o valor primário do ecomapa é o impacto visual. O objetivo do ecomapa é representar os relacionamentos dos membros da família com os sistemas mais amplos. Hartman (1978) observa:

O ecomapa (sic) representa uma visão geral da situação da família; retrata as relações importantes de educação ou aquelas oprimidas por conflitos entre a família e o mundo. Demonstra o fluxo ou a falta de recursos e as privações. Esse procedimento de mapeamento delinea a natureza das interfaces e pontos de intermediação, pontes a construir e recursos a serem buscados e mobilizados para os conflitos. (p. 467)

Os ecomapas deslocam a ênfase do genograma histórico para o atual funcionamento familiar e seu contexto ambiental. Esse foco sobre o presente é uma importante mensagem em nosso clima de cuidados de saúde com base no resultado. O ecomapa representa os relacionamentos recíprocos entre os membros da família e as instituições comunitárias mais amplas, tais como escolas, tribunais, instituições de saúde e assim por diante.

Como utilizar o ecomapa

Como no genograma, durante o processo de avaliação, os membros da família podem ter participação ativa no trabalho com o ecomapa.

O genograma da família é colocado no círculo central a que se dá o nome de "Família ou casa". Os círculos externos representam pessoas, órgãos ou instituições no contexto familiar. O tamanho dos círculos não é importante. São desenhadas linhas entre a família e os círculos externos para indicar a natureza dos vínculos existentes. Linhas retas indicam fortes vínculos, linhas pontilhadas indicam vínculos tênues e linhas cortadas indicam relações estressantes. Quanto maior a linha, mais forte o vínculo. As setas podem ser desenhadas ao longo das linhas para indicar o fluxo de energia e os recursos. Podem ser desenhados círculos adicionais, conforme necessário, dependendo do número de contatos significativos que a família tenha.

A Figura 3.10 ilustra um ecomapa da família Lamensa. Nessa família, Raffaele, Silvana, Gemma e Antonio são colocados no círculo central. Raffaele tem fortes vínculos com seu local de trabalho, onde é o chefe e representante do sindicato. Mantém laços relativamente fortes com seus "companheiros alcoólicos". Esses relacionamentos, entretanto, são estressantes para ele. Os vínculos de Silvana são principalmente com a mãe e o sistema de cuidados da saúde. Ela tem consultas "para os nervos", uma vez por semana, com o médico da família, e também com a enfermeira de saúde comunitária. A mãe de Silvana, Nunziata, visita-a todos os dias, das 11 às 22 horas. Existe um forte vínculo afetivo entre Silvana e a mãe, mas esta diz que realmente "não gosta que a mãe a visite com tanta frequência".

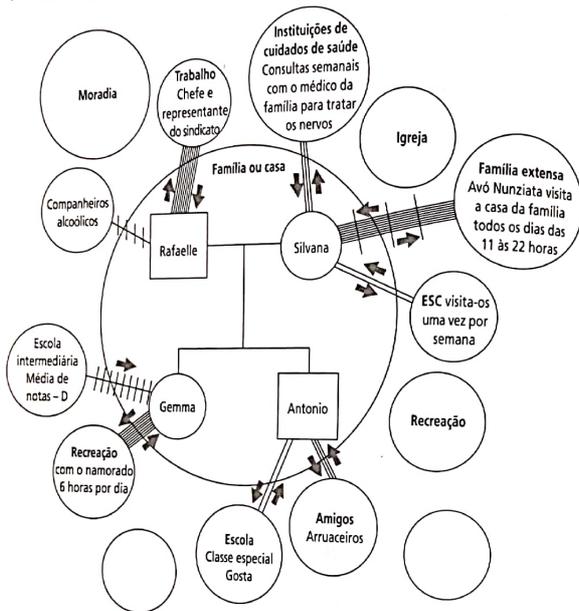


Figura 3.10 - Ecomapa da família Lamensa. ESC = enfermeira de saúde comunitária.

Antonio tem poucos amigos, em sua maioria arruaceiros. Ele está em uma classe especial para deficientes em aprendizagem e gosta da professora e da escola. Gemma está na escola intermediária, onde mantém uma média de notas no nível D. Ela falta com frequência e, quando vai à escola, participa pouco. Ela passa quase 6 horas por dia com o namorado.

Quando a enfermeira de saúde comunitária concluiu o ecomapa da família Lamensa, a Sra. Lamensa (Silvana) comentou: "Parece que eu passo o tempo todo com médicos ou profissionais de saúde". O Sr. Lamensa (Raffaele) disse então: "Também, você está sempre tão ocupada com sua mãe que não tem tempo para mais ninguém". A enfermeira pode usar a informação do ecomapa para discutir posteriormente, com a família, quais tipos de relacionamentos desejáveis que seus membros e parentes e pessoas da família imediata gostariam de ter.

Em síntese, o genograma e o ecomapa podem ser utilizados em todos os ambientes de cuidados da saúde, especialmente em cuidados primários,

para aumentar a percepção da enfermeira sobre toda a família, bem como as interações desta com os sistemas mais amplos e sua família extensa. O Quadro 3.2 dá sugestões úteis para desenhar os ecomapas.

Avaliação do desenvolvimento

Além do conhecimento da estrutura familiar, a enfermeira precisa entender o desenvolvimento do ciclo vital de cada família. A maioria delas está familiarizada com os estágios do desenvolvimento infantil e com literatura na área do desenvolvimento do adulto. Muitas delas estão se interessando pela literatura florescente sobre o desenvolvimento na idade madura, um interesse promovido pelo envelhecimento da geração de *baby boomers*. Mas o que é o desenvolvimento da família? Ele é mais do que o desenvolvimento concomitante de crianças, adultos e idosos, em fases diferentes, os quais costumam chamar a si próprios de "família". Acreditamos que as famílias sejam pessoas que compartilham uma história e um futuro.

O desenvolvimento familiar é um conceito dominante, mas cada família tem o seu próprio ritmo de desenvolvimento, influenciado por seu contexto passado e presente assim como por suas futuras aspirações. McGoldrick, Gerson e Petry (2008, p. 14) definem família como "aqueles que estão interligados por suas histórias comuns biológica, legal, física, social e emocional e por seu futuro que se deduz que seja juntos".

Não existe um ciclo vital ou um modelo de desenvolvimento familiar único. Isso é especialmente evidente à medida que nossa população envelhece. As fases naturais sequenciais dos limites entre gerações não são tão claras no passado, por exemplo, com o amadurecimento de crianças em idades precoces, mas vivendo em casa por mais tempo, a tendência aos casamentos tardios e pessoas mais velhas, em seus 60 anos, que continuam a trabalhar. Esses limites indistintos podem, algumas vezes, promover tensão e confusão dentro das famílias.

Quadro 3.2 - Sugestões úteis para desenhar ecomapas

- Faça perguntas que explorem os vínculos da família com outros indivíduos ou grupos fora dela, tais como:
 - De quais instituições comunitárias você participa atualmente?
 - Quais são as mais e as menos úteis?
 - Como você descreveria seu relacionamento com os funcionários da escola?
 - De que modo você participou pela primeira vez de Child Protective Services (Serviços de Proteção da Criança)? Qual é a natureza de seu atual relacionamento com eles?

Levac, A. M., Wright L.M., e Leahey, M. (2002). Children and families: Models for assessment and intervention. In J. Fox (Ed.) *Primary healthcare of infants, children and adolescents* (p. 14). St. Louis: Mosby. Copyright 2002. Adaptado com permissão.

De acordo com as ideias pós-modernas, supomos que existam limites para descrever o desenvolvimento da família, de modo preciso, absoluto e universal. Os pós-modernistas diferem dos modernistas porque, para eles, as exceções são mais interessantes que as regras; os detalhes específicos, contextualizados, mais do que as grandes generalizações e a diferença, não a semelhança. Não estamos preocupados com a verdade, fatos e regras autorizados, mas sim com o significado atribuído por uma família a uma determinada história de desenvolvimento ao longo do tempo.

Em nossa supervisão clínica de enfermeiras, verificamos a utilidade de se fazer a distinção entre "desenvolvimento da família" e "ciclo vital da família". O *desenvolvimento da família* enfatiza a trajetória *única* construída por uma família. É modelado por eventos previsíveis e imprevisíveis, tais como doença, catástrofes (por exemplo, ataques terroristas, incêndios, terremotos, furacões e inundações) e tendências sociais (por exemplo, internet e uso de telefone celular, flutuações do mercado de ações, fusão de empresas, alterações nos índices de criminalidade e natalidade). *Ciclo vital da família* refere-se à trajetória *típica* da maioria das famílias. Os eventos típicos do ciclo vital associam-se às entradas e às saídas dos membros da família. Por exemplo, a maioria das famílias experimenta, em seu ciclo vital, os eventos de nascimento, educação das crianças, saída dos filhos de casa, aposentadoria e morte. Tais eventos geram mudanças que necessitam de reorganização dos papéis e regras familiares. O curso do ciclo vital das famílias evolui em seqüências de estágios, geralmente previsíveis, a despeito das variações culturais e étnicas. Apesar de as variações individuais, existem estratégias de adaptação e oportunidade, assim como tempos biológicos e expectativas sociais, sendo relativamente típicos, na América do Norte, fatos como entrar na escola elementar e a aposentadoria.

Em razão do nosso grande interesse pelo desenvolvimento específico de uma determinada família, pode-se questionar por que incluímos uma seção de desenvolvimento da família na seção de MCAF. Adotamos um ponto de vista de que a postura de um "não saber" informado é adequada no trabalho com as famílias. Ou seja, procuramos nos informar por meio de literatura, pesquisa e outras histórias de desenvolvimento familiar. Portanto, "não sabemos", mas temos curiosidade a respeito dessa história de desenvolvimento familiar, em termos de como as famílias progrediram no decorrer do tempo.

Há uma rica história sobre o desenvolvimento da família que ainda impregna o raciocínio dos clínicos. Acreditamos ser proveitoso às enfermeiras terem algum conhecimento dessa história. Os primeiros propoentes do ciclo vital da família (Duvall, 1977) desenvolveram um modelo de quatro estágios, que subsequentemente foi expandido para oito, caracterizando os sucessivos estágios na progressão de casamentos primários. Com o aumento das várias formas de família, foram criados projetos mais complexos (Carter e McGoldrick, 1988, 1998, 1999a; McGoldrick e Carter,

2003). A maioria das análises do ciclo vital da família começava com uma discussão do primeiro casamento, mas é importante considerar também as atividades que o precederam, como a coabitação. Em 2000, havia mais de 3 milhões de casais não casados em regime de coabitação (Fields e Casper, 2001). Nos Estados Unidos, a média etária do primeiro casamento vem crescendo, desde meados dos anos 1970, chegando até 27,1 anos para homens e 25,3 anos para mulheres, em 2007c.

Na área de terapia da família houve "pioneiros" na aplicação da estrutura de desenvolvimento da família. Muito se escreveu sobre a interface entre o desenvolvimento, o funcionamento e a terapia familiar. Carter e McGoldrick (1988) acreditavam que a perspectiva do ciclo vital da família via os sintomas em relação ao funcionamento normal, ao longo do tempo, e que a "terapia" ajudava a restabelecer a cinética do desenvolvimento familiar. Os terapeutas da família, tais como Haley (1977), Minuchin (1974) e o Grupo de Milão (Selvini *et al.*, 1980), notaram a frequência do aparecimento dos sintomas com o acréscimo ou a perda de um membro da família. Esses terapeutas trabalharam com as famílias que não mudaram, de forma uniforme ou automática, de um estágio a outro, em seu ciclo vital, e concentraram-se nos pontos estressantes da transição entre os estágios. Ao proceder às intervenções de avaliação e planejamento, esses terapeutas deram considerável atenção aos fatos do ciclo vital como marcadores de mudança. Embora apresentem divergências de abordagens entre si, esses terapeutas têm pontos de semelhança na busca da compreensão do relacionamento entre psicopatologia e estágio do ciclo vital do desenvolvimento familiar. Por exemplo, Minuchin, ao validar objetivos, levou em consideração as expectativas normativas, ao passo que o objetivo do Grupo Sistêmico de Milão era evitar uma orientação normativa (Wright e Watson, 1988). Carter e McGoldrick (1988, 1998) incluíram o impacto do estresse através das gerações que faz intersecção com as transições de desenvolvimento familiar. Acreditavam que, se o estresse vertical (transgeração) fosse muito grande, uma pequena quantidade de estresse horizontal (atual) poderia induzir grande ruptura e formação de sintomas.

Na última década, ocorreram muitas e grandes mudanças no ciclo vital da família. Em primeiro lugar, houve um crescimento na literatura de discussão sobre as fases de desenvolvimento da família (por exemplo, divórcio, novo casamento, famílias de adoção temporária, doença crônica, terrorismo, etc.). Em segundo lugar, houve maior conscientização das diferenças no desenvolvimento masculino e feminino e se repensou a trajetória dos vários grupos étnicos na sociedade norte-americana. Em terceiro lugar, houve menor índice de natalidade, aumento de expectativa de vida, mudanças nos papéis da mulher e do homem, consciência das microtendências (Penn, 2007), assim como aumento nos índices de divórcio e novo casamento. Em quarto lugar, a concepção da história modificou-se como

um "objetivo" ordenador dos "fatos" do passado. Agora, o desenvolvimento da família é visto como um processo interativo em que o historiador exerce influência sobre quais histórias de desenvolvimento devem ser contadas e enfatizadas. Todas essas mudanças exigiram o repensamento crítico das hipóteses sobre "normalidade" e noção de desenvolvimento da "família". Também foi preciso notar a relação entre as mudanças e alterações demográficas na prevalência, momento e sequenciamento de algumas transições importantes da família.

Em nosso trabalho clínico com famílias que apresentam várias formas e todos os estágios de desenvolvimento, verificamos ser de utilidade adotar as ideias de Falicov (2003) sobre o desenvolvimento da família. Ela enfatiza a relatividade de gênero e cultura, em vez de universalidade; transições, em vez de estágios; dimensões e processos, em vez de marcadores e o recurso no lugar de uma orientação deficiente. Estamos de acordo com sua ideia de que a abordagem de sistemas ao desenvolvimento da família demanda a integração dialética de duas tendências: estabilidade e mudança. A ênfase está em ambas as tendências, e não em uma ou outra. Mudança e estabilidade devem ser tratadas simultaneamente. Não consideramos de utilidade clínica pensar nas famílias como "emperradas" e impossibilitadas de produzir mudanças. Mais propriamente, descobrimos a utilidade clínica de buscar padrões de continuidade, identidade e estabilidade que possam ser mantidos, enquanto novos padrões de comportamento estão em mudança.

Acreditamos que exista grande evidência de amparo à posição de que as enfermeiras encontrarão um valor heurístico na categoria de MCAF de desenvolvimento familiar. Entretanto, elas devem saber das implicações de alguns dos problemas em sua adoção e aplicação indiscriminadas. Consideramos indefensáveis as generalizações amplas como "O ciclo vital da família é geneticamente determinado" ou "O ciclo vital da família é universal em termos culturais". Incentivamos as enfermeiras a considerarem cuidadosamente a implicação de etnia, raça e classe social da família na aplicação da categoria de desenvolvimento familiar.

Também prevenimos as enfermeiras sobre a atribuição *indiscriminada* da família de uma categoria de desenvolvimento e ênfase excessiva na *progressão regular*. São normais as contradições e dificuldades inerentes à *progressão* durante o ciclo vital. As famílias são sistemas complexos que precisam lidar com progressões muito diferentes ao mesmo tempo —, ou seja, existem progressões biológicas, psicológicas, sociológicas e culturais. São normais as tensões e a mudança contínua produzidas pela *contradição* entre essas progressões. A vida familiar raramente é regular ou imperturbável, mas, ao contrário, é prazerosa e ativa. Portanto, incentivamos as enfermeiras a *dis-*cutir com a família, durante o trabalho com ela, as alegrias e satisfações, bem como as tensões e os estresses. A história do desenvolvimento familiar, *con-*tada por um de seus membros, provém da "perspectiva do observador". Além dos estágios e tarefas delineadores, implícitos no ciclo vital da família, verificamos ser apropriado avaliar os vínculos afetivos entre os seus

membros. Os vínculos afetivos se referem a um laço emocional exclusivo e resistente entre duas pessoas específicas. Cada pessoa tem a necessidade de vínculos emocionais ao mesmo tempo que permanece segura em sua própria individualidade. É necessário equilibrar duas forças vitais: (1) intimidade familiar e a capacidade de intensa intimidade nos relacionamentos e individualidade, e (2) capacidade para o pensamento independente e ação orientada ao objetivo (Rovers, 2006). Bowlby (1977) observa:

Os laços afetivos e estados subjetivos de forte emoção tendem a caminhar juntos... Consequentemente, muitas das mais intensas emoções surgem durante a formação, a manutenção, a ruptura e a renovação de laços afetivos, que por alguma razão são, às vezes, chamados de laços emocionais. Em termos de experiência subjetiva, a formação de um laço é descrita como apaixonar-se, manter uma ligação amorosa com alguém e perder um parceiro como um sofrimento para o indivíduo. Da mesma forma, a ameaça da perda faz surgir ansiedade e a perda real causa tristeza, enquanto ambas as situações provavelmente provocam raiva. Finalmente, a manutenção sem exceção de um laço é experimentada como uma fonte de segurança e renovação de um laço como uma fonte de alegria. (p. 203)

Embora os termos "laço" ou "vínculo afetivo" sejam às vezes utilizados para descrever diferentes relacionamentos, decidimos fazer uma distinção entre esses termos, tanto aqui como em nosso trabalho clínico. Reconhecemos a complexidade dos relacionamentos que surgem dos vínculos internacionais entre os membros da família, os estresses do relacionamento e as duras escolhas econômicas e sociais que os imigrantes enfrentam com separações e reuniões com pais, filhos pequenos e membros idosos da família. Concordamos com Falicov (2007) em que as difíceis transformações de gênero e das gerações precisam ser consideradas ao se discutir os vínculos afetivos. Ao trabalhar com uma família, a tendência é dar mais atenção à natureza recíproca de vínculo e à qualidade do laço afetivo. Ilustramos esses vínculos afetivos entre os membros da família por meio de diagramas. Os símbolos utilizados nesses diagramas (Fig. 3.11) são semelhantes àqueles utilizados nos diagramas de avaliação estrutural. Mais uma vez, é importante enfatizar, não existe um nível "correto" de ligação ou uma configuração "melhor" de vínculo afetivo.

Concordamos em parte com a ideia de um paradigma da rede como uma base útil para integrar as teorias do vínculo afetivo e de sistemas familiares. Tal paradigma integra sistemas diádicos e familiares como simultaneamente distintos e, portanto, interligados. O clínico tem em mente múltiplas perspectivas, considera cada nível do sistema como uma parte e um todo, e desloca o foco entre os níveis, se necessário. Gostamos desse conceito por expandir o vínculo afetivo para incluir múltiplos níveis de sistemas e redes, o que é especialmente importante conforme o grupo *baby*

boomer avança em idade. A teoria do vínculo afetivo é mais do que um vínculo apenas entre pais-bebê; é importante para todas as idades. Acreditamos que os elementos-chave dos processos de vínculos afetivos (regulação de afeto, compreensão interpessoal, processamento de informações e provisão de bem-estar nos relacionamentos íntimos) sejam igualmente aplicáveis aos sistemas familiares e ao desenvolvimento individual.

Na categoria de desenvolvimento do MCAF, discutimos os estágios do ciclo vital da família, o processo emocional de transição (ou seja, os princípios-chave) e modificações de segunda ordem – as questões abordadas e as tarefas quase sempre cumpridas durante cada estágio. Na tentativa de enfatizar a variabilidade do desenvolvimento da família, discutimos seis tipos de amostras familiares de ciclos vitais da família:

1. Ciclo vital da família norte-americana de classe média.
2. Ciclo vital da família do divórcio e pós-divórcio.
3. Ciclo vital da família de um novo casamento.
4. Ciclos vitais da família de baixa renda e profissional.
5. Ciclo vital da família adotiva.
6. Ciclos vitais da família de *gays*, lésbicas, homossexuais, intersexuais, bissexuais, transgêneros e *twin-spirits*.

Vida da família norte-americana de classe média

Somos gratas a Carter e McGoldrick (1988, 1999b) por delinarem seis estágios do ciclo vital da família norte-americana de classe média (Tabela 3.1). Ressaltamos a expansão, a contração e o realinhamento dos relacionamentos

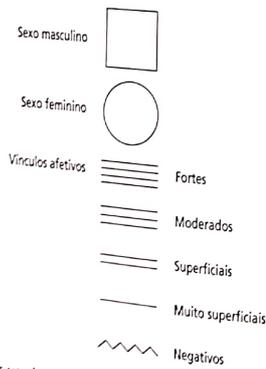


Figura 3.11 – Símbolos usados nos diagramas de vínculos.

Tabela 3.1 – Os estágios ciclo vital da família

Estágio	Processo emocional de transição: princípios-chave	Mudanças de segunda ordem no status familiar necessárias para ocorrer o desenvolvimento
1. Sair de casa: jovens adultos solteiros	Aceitar as responsabilidades emocional e financeira por si próprios	1. Diferenciação de si próprio em relação à família de origem 2. Desenvolvimento de relacionamentos íntimos com amigos 3. Estabelecimento de identidade em relação a trabalho e independência financeira
2. União das famílias pelo casamento: o novo casal	Compromisso com o novo sistema	1. Formação do sistema conjugal 2. Realinhamento de relacionamentos com as famílias extensas e amigos para incluir o cônjuge
3. Famílias com filhos pequenos	Aceitar novos membros no sistema	1. Ajuste do sistema conjugal para dar espaço à(s) criança(s) 2. União na educação dos filhos, finanças e tarefas domésticas 3. Realinhamento de relacionamentos com as famílias extensas para incluir os papéis de pais e de avós
4. Famílias com adolescentes	Aumentar a flexibilidade dos limites da família para incluir a independência dos filhos e as fragilidades dos avós	1. Mudança do relacionamento pais-filho para permitir ao adolescente entrar e sair do sistema 2. Reenfoque das questões conjugais de meia-idade e carreira 3. Começar a mudar no sentido de cuidar da geração mais idosa
5. Encaminhamento dos filhos e saída deles de casa	Aceitar múltiplas saídas e entradas no sistema familiar	1. Renegociação do sistema conjugal como uma diáde 2. Desenvolvimento de relacionamentos adulto-adulto entre os filhos crescidos e seus pais 3. Realinhamento de relacionamentos para incluir parentes por afinidade e netos 4. Lidar com incapacidades e morte dos pais (avós).
6. Famílias no fim da vida	Aceitar a mudança de papéis das gerações	1. Manutenção própria e funcionamento do casal e interesses em face do declínio fisiológico; exploração das novas opções de papéis familiares e sociais 2. Valorizar o papel da geração de meia-idade 3. Dar espaço, no sistema, à sabedoria e à experiência dos idosos, apoiando a geração mais velha sem que esta se exceda em atuação 4. Lidar com a perda do cônjuge, irmãos e outros companheiros, bem como se preparar para a própria morte; revisão de vida e integração

Carter, B. e Goldrick, M. (1999) Overview: The expanded family life cycle: Individual, family and social perspectives. In B. Carter e M. McGoldrick (Eds.). *The expanded family life cycle: Individual, family and social perspectives* (3ª ed.) (p. 2). Boston: Allyn & Bacon. Copyright 1999 Allyn & Bacon. Reimpresso com permissão.

como entradas, saídas e como ocorre o desenvolvimento dos membros da família. Embora os padrões de relacionamentos e temas sobre família possam parecer familiares, gostaríamos de enfatizar que a estrutura e a forma da família norte-americana se modificaram radicalmente. Acreditamos ser importante para as enfermeiras ter uma estrutura conceitual positiva para o que *são*: famílias com duplo modo de vida; família de pais solteiros, casais não casados, casais homossexuais, casais em segundas núpcias e adoções de um só genitor. As crises de transição não devem ser pensadas como traumas permanentes. Consideramos imperativo deixar de lado o uso da linguagem que nos associa a estereótipos anteriores. Por exemplo, tentamos eliminar frases como "filhos do divórcio", "mãe que trabalha", "filho ilegítimo", "lar sem pai", etc. da linguagem empregada sobre famílias. Além disso, insistimos para que as enfermeiras reflitam com senso crítico sobre como cultura, etnia, gênero, raça e orientação sexual influenciam os estágios de desenvolvimento e tarefas, assim como os vínculos afetivos.

Estágio um: encaminhamento do jovem adulto solteiro

Ao delinear os estágios do ciclo vital da família norte-americana de classe média, decidimos começar com o estágio de "jovens adultos". A principal tarefa dos jovens adultos é entrar em acordo com a família de origem, no que se refere a permanecer associado ou, ao contrário, separado, sem a reação de romper ou abandoná-la, em favor de uma fonte emocional substituta. A família de origem influencia profundamente o jovem adulto sobre com quem, quando, como e se irá ou não se casar. Está havendo um acentuado aumento na proporção dos indivíduos que nunca se casaram, observada principalmente entre homens e mulheres no final de seus 20 anos ou início dos 30, os quais continuam a viver com as famílias. Esses aumentos são observados entre hispânicos, negros e brancos. Em 2004, nos Estados Unidos, 86,4% de homens com idades entre 20 e 24 anos e, 56,6%, com 25 a 29 anos, nunca haviam se casado, enquanto 74,5% das mulheres com 20 a 24 anos e, 40,8% com 25 a 29 anos nunca haviam se casado (United States Census Bureau, 2007d). Além disso, a média etária do primeiro casamento está aumentando. Mais de 50% dos homens jovens e 46% das mulheres (de 18 a 24 anos) viviam com os pais, em 2000, nos Estados Unidos (Fields e Casper, 2001).

Esse estágio pode durar vários anos no desenvolvimento da família. É uma oportunidade para os jovens adultos optarem, em termos emocionais, o que conservarão da família de origem, o que deixarão para trás e o que estabelecerão para si próprios, à medida que progredirem nos estágios sucessivos do ciclo vital da família. Para homens e mulheres, essa é uma fase particularmente crítica. Às vezes, durante esse estágio, os homens têm dificuldade em se comprometer nos relacionamentos, formando uma

identidade pseudo independente centrada no trabalho. As mulheres podem escolher uma definição de si próprias em relação ao homem e postergar ou renunciar a estabelecer uma identidade independente.

Consideramos relevante ser curiosas em nosso trabalho clínico, tentando compreender a visão e legados do cliente no que se refere ao estado conjugal e flexibilidade das expectativas do jovem sobre sua trajetória para a vida adulta. Com aproximadamente um em quatro americanos solteiros à procura de um parceiro romântico, usando 1.000 ou mais sites de relacionamentos, as vias anteriores para as redes sociais estão sendo substituídas pela internet e salas de bate-papo (Penn, 2007). O casamento pela internet está se tornando cada vez mais comum e isso provavelmente levará à formação mais variada de pares por raça, etnia e nacionalidade.

Tarefas

1. Diferenciação do Eu (*self*) em Relação à Família de Origem. A mudança do jovem para o *status* de adulto implica no desenvolvimento de uma forma de se relacionar com os pais baseada no respeito mútuo, em que é possível avaliá-los pelo que são. O jovem adulto ajusta sua visão sobre os pais não os transformando no que não são, nem os culpando pelo que não poderiam ser. A complexidade dessa tarefa não será subestimada. Cada grupo étnico possui normas e expectativas sobre as maneiras aceitáveis de se vincular e se ligar afetivamente à família, assim como sobre questões de dependência *versus* independência.
2. Desenvolvimento de Relacionamentos Íntimos com Amigos. A ênfase está na passagem de uma orientação individual do jovem adulto para uma orientação independente de si próprio. Não existe um modelo único de experiência social a ser seguido quando os jovens adultos iniciam relacionamentos íntimos. Durante essa tarefa, eles tentam transpor o hiato entre a autonomia e a ligação afetiva, ao compartilhar com outros em vez de utilizá-los como uma fonte do *self*. Com o maior uso de encontros pelos sites da internet, Facebook e salas de bate-papo, o jovem adulto será exposto a uma ampla variedade de estilos pessoais e personalidades.
3. Estabelecimento do Eu em Relação ao Trabalho e à Independência Financeira. É típico que um jovem adulto nos seus 20 a 30 anos "experimente" várias identidades para testar ou aperfeiçoar as habilidades e interesses profissionais. Quando o jovem adulto é obrigado pelos pais a fazer carreira ou uma escolha ocupacional, nos meados de seus 20 e início da fase dos 30 anos, ele é menos vulnerável a duvidar de si mesmo ou à diminuição da autoestima do que o indivíduo sem orientação. As questões de competitividade, expectativas e diferenças referentes aos objetivos ocupacionais e financeiros precisam ser classificadas pelo jovem adulto e sua família de origem.

Vínculos

Não existem vínculos certos ou errados para os jovens adultos no estágio um. Mais propriamente, é importante para a enfermeira extrair da família as crenças sobre vínculos mútuos e como os consideram. Essas crenças são influenciadas por cultura, gênero, raça, orientação sexual, classe social e se o jovem mora ou não com os pais. Alguns exemplos de vínculos do estágio um são apresentados na Figura 3.12. O primeiro diagrama ilustra um jovem adulto que tem um vínculo afetivo equivalente com o pai e a mãe. O segundo diagrama mostra um jovem adulto, cujo relacionamento com estes; a ligação dos pais é negativa. É significativo, no segundo diagrama, ter ocorrido um óbito durante a infância do jovem adulto. Pode-se elaborar a hipótese de que suas dificuldades em estabelecer a própria identidade e viverem sós, sem filhos.

Perguntas a Serem Feitas à Família. Qual dos seus pais aceita melhor seu plano de carreira? Como ele, ou ela, demonstra isso? O que sua irmã, Manal, pensa da reação dos pais a respeito de seus planos de carreira? Na sua opinião, caso seu pai aceitasse melhor seu desejo de ter uma situação de vida mais independente, com pessoas que não são da fé muçulmana, qual seria a reação de sua mãe? Se você continuar a usar *hijab* por ser parte integrante de suas crenças religiosas, isso tranquilizaria seus pais?

Estágio dois: casamento: união das famílias

Muitos casais acreditam que, no casamento, são apenas dois indivíduos que estão se unindo. Contudo, os cônjuges cresceram em famílias que são, hoje, interligadas pelo casamento. Mesmo que os cônjuges sejam diferentes em termos emocionais, financeiros e funcionais de suas famílias de origem, eles levam toda a família para seu relacionamento. Isso é particularmente relevante se for um casamento arranjado. O casamento é um

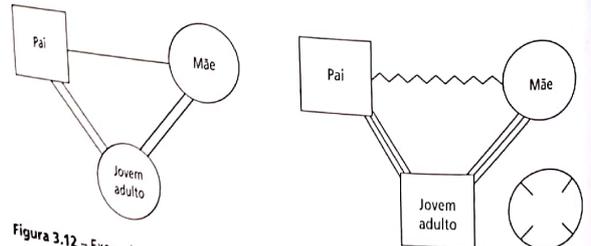


Figura 3.12 - Exemplo de vínculos afetivos no estágio 1.

relacionamento de segunda geração com a união de, no mínimo, três famílias: a família de origem do marido, a família de origem da esposa e o novo casal. Em vista da atual prevalência de famílias adotivas, a probabilidade de união de várias famílias pode ter um aumento substancial. Além disso, a certeza de que o casal será heterossexual não é evidente tanto nos Estados Unidos como no Canadá, pois os casamentos *gays* e uniões civis estão sendo cada vez mais reconhecidos.

Tarefas

1. Estabelecimento da Identidade do Casal. O novo casal deve se estabelecer como uma unidade identificável. Isso requer a negociação de muitas questões previamente definidas em nível individual. Essas questões abrangem problemas rotineiros como padrões de alimentação e de sono, contato sexual e utilização de tempo e espaço. O casal deve decidir sobre quais tradições e regras irão manter de cada família e quais deverão desenvolver por si próprios. Eles devem gerar estilos aceitáveis de proximidade-distância e reconhecer as diferenças individuais nos estilos adultos de ligação afetiva. Embora em sua maioria os estudos sobre qualidade e estabilidade do casamento focalizem-se na comunicação do casal, acreditamos que o amor seja o fator decisivo para a qualidade e a estabilidade. Para algumas culturas, contudo, o conceito de "casamento por amor", comparado a um casamento arranjado, é bem diferente.
2. Realinhamento de Relacionamentos com Famílias Extensas para Incluir o Cônjuge. Deve ser realizada uma renegociação de relacionamentos com a família de origem de cada um, a fim de acomodar o novo cônjuge. Isso pode impor um estresse considerável sobre o casal e a respectiva família de origem, no sentido de se abrirem a novas maneiras de ser. Alguns casais enfrentam os pais cortando relações em uma declaração de independência. Outros optam por lidar com essa tarefa de realinhamento absorvendo o novo cônjuge na família de origem. O terceiro padrão comum envolve o equilíbrio entre algum contato e alguma distância. LaSala (2002) ressalta a grande variabilidade nos estilos de ligação afetiva. Por exemplo, "homens *gays* enfatizaram a importância da independência de seus pais, enquanto lésbicas procuraram harmoniosas ligações entre as gerações" (p. 327).
3. Decisões sobre a Paternidade. Para a maioria dos casais, a felicidade é maior no início do estágio do ciclo vital do casamento. Embora um pequeno, mas crescente, número de casais oficialmente casados tome a decisão de não ter filhos, a maioria ainda planeja se tornar pais. A questão de *quando* conceber está ficando cada vez mais complexa, especialmente com a mudança de papel das mulheres, o uso disseminado de contraceptivos, a disponibilidade de ampla gama de estratégias de fertilização, bem como a tendência a casamentos posteriores. É mais provável que casais que desenvolvam estruturas conjugais pré-natais mais competentes apresentem e incorporem, com êxito, um filho à família.

Vínculos

A Figura 3.13 ilustra um exemplo de vínculo de um casal no estágio dois: o desenvolvimento de laços emocionais íntimos entre os esposos. O primeiro diagrama mostra como lhes foi possível não ter que romper relações com as famílias de origem, mas sim, mantê-los, adaptando-se a eles. Pode ocorrer um tipo diferente de vínculo (ilustrado no segundo diagrama), se os membros de um casal não se alinharem. A esposa tem laços mais fortes com a família de origem do que com a família do marido. O marido tem ligações externas de interesse mais fortes (por exemplo, trabalho, amigos) do que a esposa. Descobrimos que os eventos negativos relacionados aos vínculos afetivos no início do casamento são especialmente angustiantes para o casal.

Essas e outras lesões de vínculo afetivo podem ser caracterizadas pelo abandono ou traição de confiança durante um momento crítico de necessidade.

Perguntas a Serem Feitas à Família. Qual das famílias, Sabeen, estava mais a favor de seu casamento com Hashim? Como você incorporou as tradições paquistanesas e americanas ao casamento? Como seus irmãos demonstraram que apoiavam o casamento? O que seu marido/esposa pensa do relacionamento conjugal de seus pais? Se vocês dois, como casal, tomassem como modelo o casamento dos pais, o que incorporariam ao seu? De que maneira o diagnóstico de esclerose múltipla influenciou sua ligação como casal?

Estágio três: famílias com filhos pequenos

Durante esse estágio, os adultos tornam-se então responsáveis pela geração mais jovem. As experiências da família de origem podem influenciar a formação de uma nova, conforme demonstrado pelo estudo de Perren *et al.* (2005). Eles descobriram que os participantes desse estudo que se

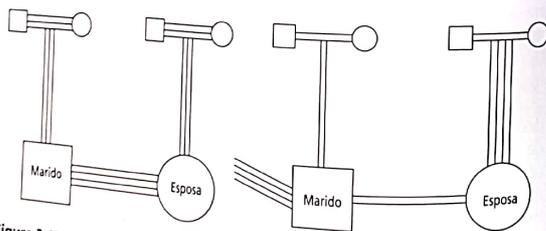


Figura 3.13 - Exemplo de vínculos afetivos no estágio 2.

lembraram das qualidades negativas do relacionamento dos pais, relataram mudanças mais negativas na qualidade de seus próprios casamentos durante o primeiro ano de transição para a paternidade.

O nascimento e a criação de um bebê apresentam vários desafios. Acima de tudo, assumir a responsabilidade e lidar com as demandas de filhos dependentes é um desafio para a maioria das famílias, quando os recursos financeiros são poucos e os pais se envolvem muito no desenvolvimento profissional. A disposição das responsabilidades de cuidar dos filhos e das tarefas domésticas, para chefes de famílias em dupla carreira profissional, é um desafio singular. Descobrimos que homens e mulheres divergem, significativamente, nas estratégias de enfrentamento utilizadas para lidar com esse problema. Mulheres com filhos pequenos tendem a usar a reestruturação cognitiva, a delegar, a limitar as atividades de lazer e a usar o apoio social com mais frequência que os homens.

Acreditamos que a questão trabalho-família de fazer acordos para os cuidados dos filhos e outras responsabilidades domésticas é um problema social para o casal enfrentar e não "um problema de mulher" a ser resolvido por ela sozinha. Não se sabe como o aumento dos "papais novos velhos" nos Estados Unidos causará impacto sobre esse desafio. É evidente que o índice de natalidade entre 1980 e 2002 nos Estados Unidos aumentou em 32% o número de pais com idades de 40 a 44 anos, e em 21% os pais de 45 a 49 anos (Penn, 2007). Subiu quase 10% o número de pais entre 50 e 54 anos. Essa tendência significa que as alegrias da vida em família continuarão bem para muitos pais na casa dos 60 anos. Os limites entre gerações se tornam rapidamente indistintos à medida que os "papais novos velhos" se preocupam simultaneamente com as atividades escolares e esportivas dos filhos e com as próprias finanças de aposentadoria.

Tarefas

1. Ajuste do Sistema Conjugal para Dar Espaço ao Filho. O casal deve continuar a atender às necessidades pessoais, bem como às responsabilidades de pais. Com a chegada do primeiro filho, existem desafios de espaço pessoal, intimidade sexual e emocional e socialização do casal. Mães e pais têm conhecimento cada vez maior da necessidade de integração emocional da criança na família. Os filhos podem ser criados em três tipos de ambiente: (1) onde não existe espaço para eles, (2) onde existe espaço para eles, ou (3) existe a expectativa de que venham a preencher um vazio. Se a criança tiver uma deficiência física, isso acarretará maior estresse sobre o casal, uma vez que eles ajustam as expectativas e lidam com as reações emocionais. Descobrimos que os processos familiares normais em casais que se tornam pais incluem modificações no senso do "eu", nos relacionamentos com as famílias de origem, na relação com a criança, no estresse, no apoio social e no casal.

2. **União das Tarefas de Educação dos Filhos, Financeiras e Domésticas.** O casal deve procurar uma forma mutuamente satisfatória para lidar com a responsabilidade da educação de um filho e com as tarefas domésticas, para não sobrecarregar o parceiro. A tarefa principal está em equilibrar o orçamento e reorganizar as atividades da família e as outras responsabilidades. É preciso discutir o custo emocional e financeiro das soluções para se adaptar às responsabilidades da educação de um filho. Mães e pais contribuem para o desenvolvimento da criança e podem fazê-lo de formas diferentes ou semelhantes. Os estímulos físico e lúdico da criança complementam a interação verbal. Os pais podem apoiar ou impedir que o filho tenha êxito no relacionamento com os companheiros e na escola. Algumas famílias de classe média, que reagem à intensa pressão proveniente do sistema escolar, tendem a enfatizar os valores de realizações e produtividade, enquanto algumas famílias das classes trabalhadoras podem reagir com sentimentos de alienação.
3. **Realinhamento de Relacionamentos com a Família Extensa para Incluir os Papéis de Pais e Avós.** O casal deve planejar e desenvolver novos papéis paternos e maternos, além dos conjugais, em vez de substituí-los. Os membros da respectiva família de origem também assumem novos papéis, por exemplo, o avô ou a tia. Com frequência, avós que talvez, a princípio, fossem contrários ao casamento passam a se interessar muito pelas crianças pequenas. Para muitos adultos idosos esse é um momento especialmente gratificante, por lhes permitir maior intimidade sem a responsabilidade exigida pela paternidade. Isso também lhes permite desenvolver um novo tipo de relacionamento de adulto-adulto com os filhos. São abundantes as oportunidades de apoio ou conflito entre gerações, à medida que se manifestam as práticas de educação de crianças e de cuidados de saúde. Smith (2000) menciona que, em 1995, "cinquenta por cento de pré-escolares (nos Estados Unidos) foram cuidados por um parente, sendo os avós os únicos cuidadores mencionados com mais frequência (trinta por cento)" (p. 2).

Vínculos

Os pais precisam manter um laço conjugal e contínuas conversas pessoais centradas em adultos, além daquelas centradas nos filhos. O espaço para a privacidade e o tempo passado juntos são necessidades importantes. Gottman e Notarius (2002) mencionam que para 40 a 70% dos casais a qualidade conjugal cai após a transição para a paternidade, quando então os papéis sexuais das pessoas geralmente se revertem, uma vez que se tornam oprimidos pela complexidade das tarefas domésticas, dos cuidados de crianças e do trabalho. A conversa marital e o sexo diminuem acentuadamente. Entretanto, aumentam a alegria e o prazer com o bebê. Os filhos precisam de segurança e ligações calorosas com os adultos, além da oportunidade de desenvolver relacionamentos positivos com os

irmãos. Acreditamos que ensinar a interdependência é o objetivo central dos pais para ajudar os filhos a verem a si mesmos como parte da comunidade e a conviver com os outros de forma cooperativa.

Na Figura 3.14 são apresentados diagramas com exemplos de vínculos afetivos desse estágio. Existe um relacionamento competitivo e negativo (ilustrado pela linha ondulada) entre os filhos e entre o casal no segundo diagrama. A mãe tem um laço afetivo excessivo com a filha, e o pai pouco se envolve com ela. O laço afetivo do pai com o filho é excessivo, enquanto a mãe tem pouco envolvimento com ele. Esse é um exemplo de alianças com o mesmo sexo que fazem uma intersecção com as gerações.

Perguntas a Serem Feitas à Família. Qual é a porcentagem de tempo que você passa tomando conta dos filhos? Qual é a porcentagem de tempo em que você dá atenção ao seu casamento? Esse é um equilíbrio confortável para vocês dois? Qual é o efeito desse padrão sobre seus filhos? Caso os filhos achassem que vocês deveriam ter mais intimidade com eles, como vocês lhes diriam isso? Qual é o impacto do aborto sobre o seu casamento?

Estágio quatro: famílias com adolescentes

Esse período caracteriza-se, em geral, por transtorno e transição intensos, ocorrendo grandes mudanças biológicas, emocionais e socioculturais com crescente rapidez. Colegas, tecnologia da internet tais como as mensagens instantâneas e o Facebook, pornografia, esportes e outras atividades, tudo isso compete pela atenção do adolescente. Esse estágio sofre grande influência da classe. A adolescência pode começar cedo em comunidades pobres da cidade, quando, em idade bastante precoce, as crianças se defrontam com as pressões relacionadas à sexualidade, responsabilidade doméstica, ao uso de drogas e álcool. Em muitas famílias da classe média, a adolescência pode durar até a fase de jovem adulto dos 20 aos 30 anos, em que o jovem depende financeiramente dos pais e continua a viver com eles.

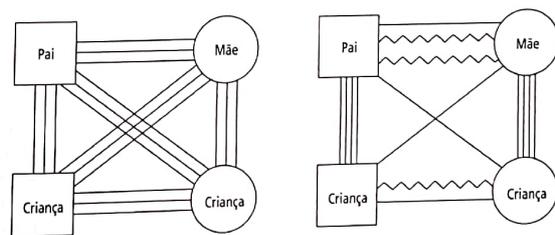


Figura 3.14 - Exemplo de vínculos afetivos no estágio 3.

Tarefas

1. Modificação nos Relacionamentos Pais-Filho para Permitir aos Adolescentes se Movimentar Dentro e Fora do Sistema. A família deve modificar o relacionamento de dependência, anteriormente estabelecido com um filho pequeno, para um relacionamento cada vez mais independente com o adolescente. Com frequência, a crescente independência psicológica não é reconhecida, uma vez que continua a dependência física. Muitas vezes aflora o conflito quando a independência do adolescente ameaça a família. Por exemplo, os adolescentes podem precipitar um conflito conjugal ao questionarem quem, na família, dá as ordens em relação ao carro: mamãe ou papai? Com frequência, as famílias reagem de duas maneiras aos adolescentes quando pedem maior autonomia:

- Definem bruscamente regras rígidas e recriam um estágio inicial de dependência.
- Estabelecem uma independência prematura.

No segundo cenário, a família só apoia a independência e ignora as necessidades de apoio. Isso pode resultar em separação prematura, quando um adolescente não está realmente pronto para ser totalmente autônomo. O adolescente pode, portanto, voltar para casa frustrado. Os pais precisam modificar o papel paternal de "protetores" para o de "preparadores" para os desafios da vida adulta.

Para os pais, o desafio da modificação da responsabilidade de maneira equilibrada para os filhos adolescentes se complica quando há problemas de saúde. Por exemplo, Fulkerson *et al.* (2007) descobriram que a ligação familiar geral, prioridade da família e um ambiente positivo na hora das refeições foram associados de forma significativamente positiva ao bem-estar psicossocial envolvendo adolescentes com sobrepeso. Esses autores também notaram que as caçoadas referentes ao peso e o incentivo dos pais à dieta foram associados à má saúde psicológica dos estudantes, da sétima à décima segunda séries, que participaram desse estudo. É um desafio para os pais encontrarem um equilíbrio entre encorajar uma alimentação saudável e evitar o incentivo à dieta para adolescentes em risco de sobrepeso ou excesso de peso.

2. Reenfocar as Questões Inerentes à Vida Conjugal e de Carreira. Nesse estágio, os pais estão sempre lutando com o que Erikson (1963) chama de *generatividade*, a necessidade de ser útil como ser humano, parceiro e mentor para outra geração. O questionamento e o conflito frequentes do adolescente, em maturação social e sexual, sobre valores, estilos de vida, planos de carreira, etc. podem forçar os pais a examinar suas próprias questões conjugais e profissionais. Dependendo de muitos fatores,

incluindo as expectativas culturais e de gênero, esse pode ser um período de crescimento positivo ou de luta dolorosa para homens e mulheres.

3. Começar a Mudar no Sentido de se Unir nos Cuidados à Geração Idosa. Assim como os pais, também os avós envelhecem. Os pais (especialmente as mulheres) algumas vezes são reclamados em duas situações: os adolescentes pedem mais liberdade e os avós, mais apoio. Com a tendência de mulheres terem filhos mais tarde e os idosos terem vida mais longa, é provável a intensificação dessa dupla demanda de atenção e recursos.

Vínculos

Todos os membros da família continuam a ter relacionamento familiar, enquanto os adolescentes se envolvem mais com os amigos do que com os membros da família. Essas transições dentro do ciclo vital da família podem ser estressantes, pois desafiam os laços afetivos entre os membros da família. Defendemos a comunicação aberta e a abordagem das emoções primárias. A diminuição do vínculo afetivo paterno é normativa e apropriada em termos de desenvolvimento para os adolescentes. A ampliação da rede de contatos sociais de uma pessoa, contudo, não é empecilho para os relacionamentos familiares, mas certamente o são para os relacionamentos familiares já alterados. Marido e mulher precisam reinvestir no relacionamento conjugal.

Um exemplo de padrão de vínculo afetivo é mostrado na Figura 3.15. No segundo diagrama, a mãe envolve-se excessivamente com o filho mais velho, tendo um relacionamento negativo com o marido. O pai tende a ter um envolvimento mínimo com todos os membros da família. Existe um conflito entre os dois filhos.

Perguntas a Serem Feitas à Família. Quais os privilégios que seus adolescentes têm atualmente e não tinham quando mais jovens? *Pergunte aos adolescentes:* Na sua opinião, como seus pais reagirão se sua irmã mais nova, Nenita, quiser sair com o namorado? Será diferente se for você que

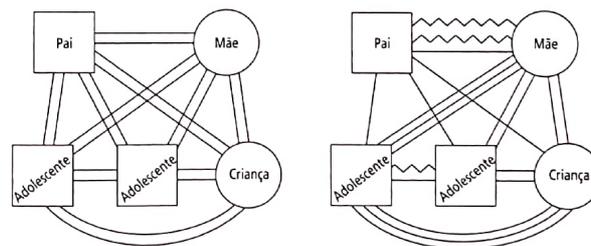


Figura 3.15 – Exemplo de vínculos afetivos no estágio 4.

tiver um encontro? Em uma escala de 1 a 10, sendo 10 o máximo, qual a confiança que seus pais têm em sua capacidade de dizer não às drogas?

Estágio cinco: encaminhamento dos filhos e saída de casa

Muitos norte-americanos de classe média cujos filhos cresceram presumiram que um dia o ninho ficaria vazio. No entanto, essas expectativas estão em processo de mudança. A elevação dos custos domésticos e os baixos salários iniciais que não aumentam tão rapidamente, mesmo em caso de trabalhadores mais experientes, são selecionados como algumas das causas dessa tendência. Uma explicação diferente é que os jovens norte-americanos enfrentam dificuldades durante o crescimento e não querem sair de casa, por conta própria, para se estabelecer com menos regalias do que na casa dos pais.

Tarefas

1. Renegociação do Sistema Conjugal como Díade. Em muitos casos, ocorre um impulso no sentido de alterar alguns princípios básicos do relacionamento conjugal. Isso é especialmente verdadeiro se ambos os parceiros estiverem trabalhando e os filhos saíram de casa. O laço entre o casal pode assumir uma posição mais proeminente. É preciso reexaminar o equilíbrio entre dependência, independência e interdependência.
2. Desenvolvimento de Relacionamentos Adulto-Adulto entre Filhos Adultos e Pais. A família de origem deve renunciar aos papéis primários de pais e filho. Deve se adaptar aos novos papéis de pais e filho adulto. Isso envolve renegociação de compromissos emocionais e financeiros. O processo emocional-chave, durante esse estágio, é aquele em que os membros da família lidam com múltiplas saídas e entradas no sistema familiar.
3. Realinhamento dos Relacionamentos para Incluir os Filhos Adultos e os Enteados. Os pais ajustam os laços e as expectativas familiares para incluir o cônjuge ou parceiro do filho. Algumas vezes, isso pode ser um desafio especial se a expectativa dos pais for um genro ou nora heterossexual da mesma raça, religião e etnia da família e o filho escolher alguém diferente. A ideia, prevalente no passado, de que o período após o casamento do filho adulto é triste, solitário, especialmente para as mulheres, foi substituída. O que se observa, com frequência, é a maior satisfação conjugal.
4. Lidar com as Incapacidades e a Morte dos Avós. Muitas famílias consideram uma ocorrência natural a incapacidade ou a morte de um pai idoso. Pode ser um período em que se encontra conforto e prazer nas lembranças felizes, sabedoria e contribuições do idoso. No entanto, se existe algo não resolvido entre o casal e os pais idosos, as repercussões podem ser sérias, não apenas para os filhos, mas também para a nova terceira geração. O tipo de incapacidade que afeta os idosos será o deter-

minante dos efeitos sobre a família imediata. Por exemplo, os cuidadores que não compreendem a demência de Alzheimer e seus efeitos sobre a função cognitiva e o comportamento em geral tentam lidar com um comportamento impróprio ou disruptivo de formas ineficazes e contra-producentes. Desse modo, podem aumentar, inadvertidamente, o próprio estresse. Fruhauf e Aberle (2007) notam que, muitas vezes, os cuidadores do sexo feminino buscam apoio para a depressão que, com frequência, tem origem em múltiplos papéis, perdas e culpa que estão sentindo.

Recomendamos aos profissionais de saúde que, além de dar atenção aos legados de doenças, perdas e crises das múltiplas gerações da família, também notem os pontos fortes e a sabedoria entre gerações. O rastreamento dos principais eventos, transições e estratégias de enfrentamento ajuda a desencadear a resiliência.

Vínculos

Cada membro da família continua a ter interesses externos e a estabelecer novos papéis apropriados a esse estágio. A Figura 3.16 ilustra os padrões de vínculos afetivos. Quando marido e mulher vinculam-se afetivamente ao filho mais novo, isso pode provocar problemas. Podem evitar o conflito com o filho mais velho, permitindo que ele saia de casa e, então, concentrar-se no filho subsequente.

Perguntas a Serem Feitas à Família. De que maneira seus pais o ajudaram a sair de casa? Qual é a diferença entre a maneira pela qual você saiu de casa e a de seu filho Zubin? Depois que você saiu de casa, o relacionamento entre seus pais melhorou, piorou ou ficou do mesmo jeito? Qual dos dois, pai ou mãe, sentiu mais a falta dos filhos? Tendo em vista que seu filho está saindo de casa com um novo relacionamento, você gostaria que ele fizesse algo diferente do que você fez? Caso seus pais ainda estejam vivos, existem alguns assuntos que você gostaria de discutir com eles?

Estágio seis: famílias no final da vida

Esse estágio começa com a aposentadoria e dura até a morte de ambos os cônjuges. Mas é difícil dizer quando realmente o estágio começa para cada família, considerando-se que "hoje existem 5 milhões de pessoas com 65 anos e acima na força de trabalho dos EUA, quase duas vezes a existente no início dos anos 1980 e, esse número está para explodir" (Penn, 2007, p. 29). Potencialmente, esse estágio pode durar de 20 a 30 anos para muitos casais. Os processos emocionais-chave nesse estágio serão no sentido de flexibilidade de ajuste aos papéis das gerações e promover uma avaliação da sabedoria dos idosos.

Tarefas

1. Manutenção do Próprio Funcionamento ou do Funcionamento do Casal e Interesse Diante do Declínio Fisiológico: Exploração de Novas Opções de Papéis Familiares e Sociais. Os relacionamentos conjugais continuam a ser importantes, e a satisfação dos cônjuges contribui para o moral e a contínua atividade de ambos. Notamos que o moral do marido associa-se com mais força à saúde, ao *status* socioeconômico, à renda e, em menor grau, ao funcionamento familiar, enquanto o da esposa associa-se com mais força ao funcionamento familiar e, em menor grau, ao *status* socioeconômico.

Quando os casais idosos se encontram em novos papéis de avós e sogros, devem ajustar-se aos cônjuges de seus filhos e abrir espaço aos netos. A dificuldade em fazer as mudanças necessárias no *status* pode se refletir em um membro mais velho da família, que se recusa a renunciar a algum de seus poderes; por exemplo, recusa-se a sair de uma empresa ou a fazer planos de sucessão em um negócio familiar. A mudança de *status* entre os membros idosos da família e os de meia-idade é recíproca. As dificuldades podem ocorrer de vários modos. Os adultos idosos podem desistir e se tornar totalmente dependentes da geração subsequente; esta pode não aceitar a diminuição dos poderes dos idosos e tratá-los como totalmente competentes, ou só ver suas fragilidades, tratando-os como totalmente incompetentes.

2. Abrir Espaço, no Sistema, para a Sabedoria e a Experiência dos Idosos. Deve ser particularmente ressaltada a tarefa de apoiar a geração mais velha, sem que esta tenha uma excessiva atuação, tendo em vista que as pessoas estão vivendo mais. Não é raro que uma mulher de 90 anos seja cuidada por uma filha de 70, vivendo ambas em estreita proximidade com filho e neto de 50 anos. Os pais dos *baby boomers* são a atual geração de "jovens-velhos". Eles estão muito motivados a participar de grupos de

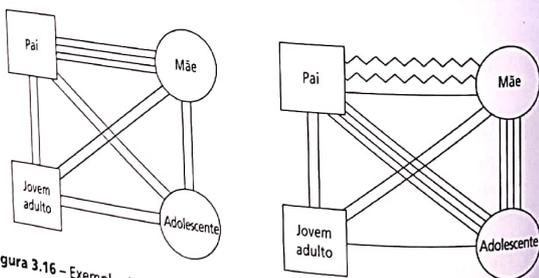


Figura 3.16 - Exemplo de vínculos afetivos no estágio 5.

autoajuda, com interesse em melhorar a qualidade de vida por meio de aconselhamento, atividades tradicionais e alternativas de saúde e educação. Muitos descobriram "novos" vínculos familiares com o uso de *e-mails*. Não vivem segundo os mitos de envelhecimento do passado. Mais exatamente, como consumidores, esperam e exigem uma boa qualidade de vida. Muitos avós continuam a participar da educação das crianças. De acordo com o U.S. Census Bureau (2002), em 2000, 42% dos avós que viviam com um dos netos com menos de 18 anos eram responsáveis pelas necessidades mais básicas de um ou mais netos.

3. Lidar com a Perda do Cônjuge, Irmãos e Outros Companheiros e Preparar-se para a Morte. Esse é um momento para fazer a revisão de vida e cuidar de assuntos inacabados com a família e com os contatos sociais e comerciais. Muitas pessoas acham válido discutir a vida, revê-la e aproveitar a oportunidade de transmitir informações para as gerações sucessoras.

Vínculos

O casal reinveste e modifica o relacionamento conjugal, com base no nível de funcionamento de ambos os parceiros. Nos Estados Unidos, em 2000, a maioria de adultos com mais de 65 anos não vivia só, mas com outros membros da família; menos de 5% viviam em instituições. Entre a população com 75 anos ou mais, 67% dos homens viviam com as esposas. Quarenta e nove por cento das mulheres viviam sós e outras 22% não estavam casadas no momento, mas viviam com parentes ou não parentes (Fields e Casper, 2001). Esse estágio caracteriza-se por uma interdependência apropriada com a geração subsequente. É de particular importância para as enfermeiras compreender esse conceito de interdependência ao trabalhar com famílias que têm filhas adultas e pais. Homens e mulheres idosos de classe média parecem ter a mesma probabilidade de ajudar e apoiar os filhos, especialmente as filhas. A frequência do contato, entretanto, tende a ser maior com as filhas do que com os filhos. Assim, existe a possibilidade de fortes vínculos intergeracionais entre uma filha e seus pais. No padrão de vínculos ilustrado nas Figuras 3.16 e 3.17, o casal projeta seus conflitos sobre a família extensa. Isso causa dificuldade para as gerações seguintes.

Perguntas a Serem Feitas à Família. Quando você rememora sua vida, quais os aspectos de que mais gosta? O que o fez se sentir mais feliz? Quais os aspectos da vida que mais lamenta? Qual a expectativa de que seus filhos vivam de modo diferente do seu? Ou que vivam como você? Como sua saúde está em declínio, que planos você e sua filha, Aminah, com esquizofrenia, fizeram para organizar um modo de vida alternativo para ela?

Divórcio e ciclo vital da família pós-divórcio

Hoje, na América do Norte, prevalecem muitas mudanças no estado conjugal e na organização de vida. É notável o alto nível de divórcio. Nos Estados Unidos,

em 1996, as pessoas divorciadas representavam 10% dos adultos com 18 anos ou mais, um crescimento de 3% em 1970 (Saluter e Lugaila, 1998).

O índice de divórcio nos Estados Unidos, em 2005, era de 3,6 por uma população de 1.000, representando uma queda, em comparação com o índice de 4,2 em 2000 e de 4,4 em 1995 (Daily Almanac, 2007). Se a taxa de divórcio continuar a se estabilizar, subir ou declinar é uma questão de especulação, que pode apoiar várias teorias. Pode haver declínio nas taxas de divórcio em vista da possibilidade de condições econômicas instáveis, epidemia de AIDS, medo do terrorismo e maiores iniciativas com base na fé. Famílias com um único genitor também estão em ascensão. Nos Estados Unidos, o número de famílias de mães solteiras aumentou de 393.000 (1%) para 2 milhões (5%) em 2000 (Fields e e Casper, 2001).

As famílias com a experiência do divórcio geralmente estão sob enorme pressão. Famílias de um genitor solteiro devem realizar a maior parte das mesmas tarefas de desenvolvimento das famílias com ambos os genitores, mas sem todos os recursos. Isso acarreta uma responsabilidade extra dos membros remanescentes da família, que devem compensá-la com maior esforço para realizar as tarefas familiares, como manutenção física, controle social e controle da tensão. Prevenimos as enfermeiras, contudo, para não assumir que o *status* de pais solteiros influencie o funcionamento familiar. Descobrimos que a composição familiar isoladamente provavelmente também seja uma questão muito ampla para que se possam prever os resultados de saúde e recomendamos foco nos fatores mais específicos, como a cooperação dos pais nos cuidados paternos após o divórcio.

As famílias de pais solteiros costumam enfrentar desafios no controle da escassez de tempo, dinheiro e energia. Alguns pais expressaram grandes preocupações com o não atendimento das expectativas familiares e sociais de vida observadas em uma "família normal", com ambos os pais. Algumas mulheres percebem que devem estar se portando de modo contraditório em comparação com o suposto comportamento que deveriam assumir ao se casar de novo. Elas sentiram a contínua pressão da família, dos ami-

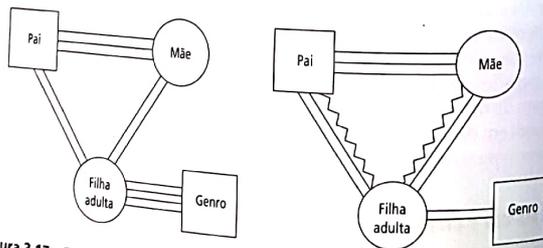


Figura 3.17 - Exemplo de vínculos afetivos no estágio 6.

gos e da igreja para se casarem novamente, a fim de oferecer aos filhos uma família "normal". Essas mulheres relataram terem sido capturadas em um laço duplo, tentando mostrar comportamentos que poderiam lhes proporcionar um novo marido e assumindo, ao mesmo tempo, comportamentos aparentemente opostos, mas que lhes permitissem ser bem-sucedidas ao administrar suas vidas. Nós incentivamos o trabalho das enfermeiras com as famílias de pais solteiros a explorarem os sentimentos do genitor em relação a expectativas opostas. Essa é uma maneira de ajudar as mulheres a planejar respostas às várias situações paradoxais.

Também é importante para as enfermeiras na prática ativa da enfermagem familiar relacional o foco nas mudanças positivas experimentadas por muitas mulheres separadas. As mulheres separadas lançaram mão de uma forma de enfrentamento mais orientada ao crescimento, por exemplo, tornar-se mais autônomas e promovendo sua educação, passando assim por mudanças mais positivas, como aquisição de maior confiança e sensação de controle na fase pós-separação.

A resiliência no período pós-divórcio é outro foco para as enfermeiras. A resiliência ou poder de recuperação em geral depende da capacidade dos pais e dos filhos de estabelecer relacionamentos íntimos, construtivos, de apoio mútuo, com papel significativo no sentido de proteger as famílias contra os impactos de uma adversidade relacionada. Os fatores que promovem a resiliência incluem aqueles associados aos acordos de subsistência dos filhos. A revisão de Kelly (2007) dos grandes achados de pesquisa empírica indica que "os contatos dos filhos com o seu genitor não residente não devem ser baseados nas orientações de cada fim de semana, mas refletir a diversidade de interesses e capacidade paternos, assim como a qualidade de relacionamento pai-filho" (p. 47). Ela recomenda que os filhos, dependendo da idade e capacidade de desenvolvimento, devem ser informados sobre acordos para sua subsistência, mas não ser solicitados a escolher entre os pais.

Deve-se notar que aproximadamente 75% dos filhos envolvidos em divórcio são alegres e capazes de continuar suas vidas; somente cerca de 25% experimentam problemas de maior duração na adaptação (Greene *et al.*, 2003). As descobertas do estudo de Baum (2003) de casais antigos em Israel demonstraram que, quanto mais longos e conflituosos os procedimentos legais, pior o relacionamento entre os pais na visão destes. É interessante notar que Baum também descobriu que, quanto maior a responsabilidade assumida pelo pai no divórcio, mais ele se via como o iniciador e mais preenchidas eram suas funções parentais. Os achados do estudo longitudinal de Ahrons (2007) demonstrou que filhos, 20 anos após o divórcio de seus pais, referiam-se a eles como cooperativos e também relataram um relacionamento melhor com eles, com os avós, pais adotivos e irmãos. A melhora, a piora ou a estabilidade dos relacionamentos fami-

lires pós-divórcio dependem de muitos fatores complexos interligados. Muitos dos problemas anteriormente atribuídos "ao divórcio" são vistos agora como localizados na situação familiar pré-divórcio; o divórcio é um processo a longo prazo que começa antes da separação e sua duração vai além do evento legal de divórcio (Ahrns, 2006).

Em nossa supervisão clínica de enfermeiras, nós as encorajamos a focalizar-se nos irmãos, um subsistema que em geral permanece intacto durante o processo de reorganização familiar. Os irmãos geralmente são a unidade de continuidade. Também tentamos observar e apoiar os ambientes paternos cooperativos pós-divórcio, tais como o apoio mútuo dos pais; equipe de trabalho; vínculos claros e flexíveis; grande intercâmbio de informações; solução construtiva de problemas e uma paternidade inteligente, experiente, participativa e autoritária. Como muitos pais não costumam cuidar dos filhos sem que as esposas coordenem os fatos, em geral eles desaparecem da vida dos filhos. Eles querem evitar as esposas e o conflito, podendo sentir-se desconfortáveis caso tenham um papel de autoridade mal definido na vida dos filhos. Ahrns (2007) verificou que, quando os relacionamentos dos filhos com os seus pais degeneraram após o divórcio, seus relacionamentos com os avós, madrastas e meio-irmãos eram distantes, negativos ou inexistentes (p. 53). As enfermeiras podem ser de extraordinário auxílio ao intervir nessas situações e promover acordos pós-divórcio de consenso mútuo em benefício dos filhos. Elas podem ajudar os pais a redefinirem seus papéis paternos e a identidade na distinção de papel e identidade conjugais, conforme Baum (2006) recomenda. Para as famílias que travam disputas intratáveis, incentivamos o desenvolvimento de um clima bom o suficiente em que os pais mantêm distância entre si, minimizando a triangulação e o conflito.

O divórcio pode ocorrer em qualquer estágio do ciclo vital da família e em qualquer família, independentemente de classe ou etnia. Entretanto, provoca diferente impacto sobre o funcionamento da família, dependendo do momento e da diversidade dos indivíduos envolvidos no processo. A ruptura conjugal pode ser repentina ou prolongar-se e retardar-se. Em qualquer caso, é necessária a atuação emocional para que a família possa enfrentar mudanças, ganhos e perdas de seus membros. Alguns exemplos das fases envolvidas no divórcio e pós-divórcio são representadas na Tabela 3.2. Carter e McGoldrick (1999) descobriram uma utilidade clínica nas distinções entre as três colunas mostradas na tabela. A coluna 1 lista a fase. A coluna 2 ilustra as atitudes essenciais que ajudarão os membros da família a fazer a transição e superar as questões de desenvolvimento listadas na coluna 3, a caminho da próxima fase. Acreditamos que o trabalho clínico, orientado na coluna 3, não será bem-sucedido se a família tiver dificuldade em lidar com as questões da coluna 2.

Tabela 3.2 - Estágios do ciclo vital do divórcio

Fase	Processo emocional de transição, atitude essencial	Questões de desenvolvimento
<i>Divórcio</i>		
1. Decidir divorciar-se	Aceitar a incapacidade de resolver suficientemente as tensões conjugais para continuar o relacionamento	Aceitar a própria parcela de falha no casamento
2. Planejar a dissolução do sistema	Apoiar a arranjos viáveis a todos os integrantes do sistema	Atuar de modo cooperativo em problemas de custódia, visitas e finanças Lidar com a família extensa sobre o divórcio
3. Separação	Desejar continuar o relacionamento coparental, cooperativo e unido no apoio financeiro aos filhos Atuar na resolução da ligação com o cônjuge	Lamentar a perda da família nuclear Reestruturar os relacionamentos conjugais e entre pai e filho, bem como as finanças; adaptar-se a viver separado Realinhar os relacionamentos com a família extensa; manter a ligação com a família extensa do cônjuge
4. Divórcio	Maior atuação sobre o divórcio emocional: superar a mágoa, raiva, culpa, etc.	Recuperar esperanças, sonhos e expectativas do casamento
<i>Pós-divórcio</i>		
1. Pai/mãe separado (com a custódia da família ou residência principal)	Desejar manter as responsabilidades financeiras, contato contínuo com o ex-cônjuge e apoiar contato dos filhos com o ex-cônjuge e sua família	Delinear arranjos flexíveis de visitas com o ex-cônjuge e sua família Reconstruir os próprios recursos financeiros Reconstruir os próprios contatos sociais
2. Pai/mãe separados (sem a custódia)	Desejar manter o contato com o ex-cônjuge e apoiar o relacionamento de custódia com os filhos	Encontrar formas para continuar o relacionamento paterno eficaz com os filhos Manter responsabilidades financeiras com o ex-cônjuge e os filhos Reconstruir os próprios contatos sociais

Carter, B e McGoldrick, M. (1999). The divorce cycle: A major variation in the American family life cycle. In B. Carter & M. McGoldrick (Eds.). *The expanded family life cycle, family, and social perspectives* (3rd ed.). (pp. 373-380). Boston: Allyn & Bacon. Copyright 1999 Allyn & Bacon. Reimpresso com permissão.

Perguntas a Serem Feitas à Família. Que explicações você dá a si mesmo sobre as razões do divórcio? Quem foi o primeiro a ter a ideia do divórcio? Quem deixou quem? Quem mais incentivou o desenvolvimento de acordos viáveis para todos na família? De que maneira seu ex-marido, Luis, demonstra boa vontade em continuar com um relacionamento cooperativo copaterno? Como você responde a tudo isso? Quando você mudou e relacionamento com seu cônjuge, quais foram as mudanças observadas nas crianças? O que seus parentes por afinidade dizem sobre você ter promovido o relacionamento de seus filhos com eles? O que dizem seus filhos? Quais os métodos que você encontrou para resolver com êxito as questões conflituosas com Luis? Que conselho você daria a outros pais divorciados para resolverem as questões conflituosas com os ex-parceiros? Como os filhos a ajudaram e ao ex-cônjuge a manter um ambiente de apoio para eles?

Ciclo vital da família em segundos casamentos

"Famílias 'misturadas' (*stepfamilies*) surgem da esperança" (Visher, Visher e Pasley, 2003, p. 171). Na América do Norte, é surpreendente o número elevado de famílias provenientes de segundos casamentos e da *stepfamily* nas últimas décadas. Segundo a Stepfamily Association of America, as estimativas de 1988 a 1990 sugerem que:

- 52% a 62% de todos os primeiros casamentos acabam terminando em divórcio legal.
- Cerca de 75% de todos os divorciados acabam se casando novamente.
- Cerca de 43% de todos os casamentos são novos casamentos pelo menos de um dos cônjuges.
- Cerca de 65% dos novos casamentos envolvem filhos do casamento anterior e de *stepfamilies*.
- 60% de todos os novos casamentos acabam terminando em divórcio legal.

Berger (1998) menciona que de três americanos um é membro de uma *stepfamily*, seja como enteado ou padrasto/madrasta, pai em um novo casamento ou avô/avó por afinidade. O estudo longitudinal de Ahron (2007) sobre filhos 20 anos após o divórcio descobriu que a maioria deles passou pela experiência de novo casamento de um ou de ambos os pais, e um terço de sua amostra lembrou que o novo casamento é mais estressante que o divórcio. Dois terços referiram que o novo casamento do pai foi mais estressante do que o da mãe.

O processo emocional familiar na transição para o segundo casamento consiste em combater o medo de investir em novos relacionamentos: os próprios medos, os medos do cônjuge e os dos filhos (de cada um ou de ambos os cônjuges). Também consiste em enfrentar as reações hostis ou

perturbadoras dos filhos, da família extensa e do ex-cônjuge. Ao contrário das famílias biológicas, em que os membros se definem, de forma consanguínea, legal e espacial, caracterizando-se por vínculos explícitos, na estrutura da *stepfamily* isso é menos evidente. É preciso chamar a atenção das enfermeiras para a ambiguidade da organização da nova família, abrangendo papéis e relacionamentos. Visher, Visher e Pasley (2003) ressaltam as seguintes importantes questões dinâmicas para lares de *stepfamilies* (p. 160):

- Intrusos *versus* grupo.
- Disputas por limites.
- Questões de poder.
- Conflito de lealdades.
- Triângulos rígidos e improdutivos.
- Unidade *versus* fragmentação do relacionamento do novo casal.

Verificamos ser útil usar a teoria dos vínculos afetivos como um sistema para conceituar o impacto da mudança estrutural e a perda no ajuste da *stepfamily*. Furrow e Palmer (2007) pensam nesta como um sistema familiar emergente; os padrões de problemas são compreendidos nesse contexto, em que as propostas de ligação podem se perder ou ser mal interpretadas. Acreditamos que as enfermeiras possam ajudar as *stepfamilies* a aumentar sua capacidade de ligação emocional e estabilidade.

Em muitos casos, o sentimento de culpa e as preocupações dos pais, em relação aos filhos, são maiores, podendo despertar novamente, de forma positiva ou negativa, a antiga ligação com o ex-cônjuge (Carter e McGoldrick, 1999b). A Tabela 3.3 apresenta o resumo de Carter e McGoldrick do desenvolvimento da formação de uma *stepfamily*.

Ahrons e Rodgers (1987) propuseram modelos de famílias binucleares saudáveis e com bom funcionamento. Irritada com a ênfase predominante na literatura à patologia do divórcio, Ahrons começou a estudar o que chama de "famílias binucleares". Esse termo não se refere apenas a famílias em tutela conjunta ou nas quais o relacionamento entre os ex-cônjuges é amigável, mas indica uma estrutura familiar diferente, sem nada inferir sobre a natureza ou qualidade do relacionamento dos ex-esposos. Ahrons e Rodgers (1987) trabalharam com 98 casais divorciados, num período de 5 anos, e forneceram alguns tipos interessantes de relacionamento, incluindo os "cúmplices perfeitos", um pequeno grupo de casais divorciados, cujo casamento anterior não ofuscou a amizade de longa data. O segundo grupo, os "colegas cooperativos", era um grupo mais típico e consideravelmente maior descoberto por Ahrons e Rodgers. Embora não sendo bons amigos, tinham boa atuação juntos nas questões concernentes aos filhos. O terceiro grupo era o de "associados irritados" e o quarto o de "adversários coléricos", que só sentiam raiva de seus ex-cônjuges. Ahrons e Rodgers chamaram o quinto

Tabela 3.3 - Formação da família por um novo casamento: um esboço do desenvolvimento

Etapa	Atitude essencial	Questões de desenvolvimento
1. Começar um novo relacionamento	Recuperação da perda do primeiro casamento ("divórcio emocional" adequado)	Novo compromisso com o casamento e a formação de uma nova família com disposição para lidar com a complexidade e a ambiguidade
2. Conceituar e planejar novo casamento e nova família	Aceitar os próprios medos e os do novo cônjuge e filhos quanto ao novo casamento e à formação de uma <i>stepfamily</i> Aceitar a necessidade de tempo e paciência para ajuste à complexidade e à ambiguidade de: • Novos múltiplos papéis • Limites: espaço, tempo, número de membros, autoridade • Questões afetivas: culpa, conflitos de lealdade, desejo de mutualidade, mágoas passadas não resolvidas	Atuar com franqueza nos novos relacionamentos a fim de evitar a pseudomutualidade Planejar a manutenção de relacionamentos de cooperação financeira e copaternais com ex-cônjuges Planejar e ajudar os filhos a enfrentar os medos, conflitos de lealdade e de pertencimento aos dois sistemas Realinhar relacionamentos com a família extensa para incluir o novo cônjuge e filhos
3. Novo casamento e reconstrução da família	Resolução final de ligação ao cônjuge anterior e ideal de família "íntacta" Aceitar um modelo diferente de família com limites permeáveis	Reestruturar os limites familiares para permitir a inclusão de novo cônjuge (padrasto/madrasta) Realinhamento de relacionamentos e arranjos financeiros nos subsistemas para permitir o entrelaçamento de vários sistemas Dar espaços aos relacionamentos de todos os filhos com os pais biológicos (sem custódia), avós e outros da família extensa Compartilhar memórias e histórias para aumentar a integração da <i>stepfamily</i>

Carter, B. e McGoldrick, M. (1999). The divorce cycle: A major variation in the American family life cycle. In B. Carter & M. McGoldrick (Eds.), *The expanded family life cycle: Individual, family, and social perspectives* (3rd ed.) (pp. 373-80). Boston: Allyn & Bacon. Copyright 1999 Allyn & Bacon. Reimpresso com permissão.

grupo de "duplas desfeitas": após separação ou divórcio, interromperam qualquer contato mútuo. Ahrons (1999) propõe um modelo de processo normativo de divórcio em vez do foco na evidência de patologia ou disfunção. Concordamos com esse ponto de vista, mas atentas ao fato de aproximadamente 25% das crianças envolvidas em um divórcio parecem ter dificuldades de ajuste de longa data (Greene *et al.*, 2003).

Incentivamos as enfermeiras a atuar junto a famílias divorciadas ou de segundo casamento para conduzir seus pacientes ou clientes na busca do conhecimento do que funciona ou não na promoção da continuidade dos relacionamentos familiares. As enfermeiras devem se precaver, no entanto, de que são raras as respostas simples a problemas complexos. Por exemplo, os preditores, tais como idade, sexo da criança, frequência e regularidade das visitas do genitor, intimidade entre pai e filho e efeito do conflito legal paterno sobre a autoestima da criança tiveram diferentes implicações em diversos grupos de crianças de 6 a 12 anos e em crianças em outras situações.

Também encorajamos as enfermeiras a trabalhar com as *stepfamilies* para maior conhecimento sobre os problemas da *stepfamily* e da singularidade de suas vidas. Clawson e Ganong (2002), por exemplo, descobriram, em sua pesquisa, que enteados adultos e padrasto/madrasta concordavam que os primeiros tinham poucas obrigações de dar assistência aos últimos. Entretanto, a chave para decidir se a responsabilidade existia ou não era a forma de definir o relacionamento. As enfermeiras podem ajudar as *stepfamilies* a discutir tópicos como esses. Encorajamos as enfermeiras a educar-se sobre as crenças de uma determinada *stepfamily*, pois enfermeiras desinformadas podem, involuntariamente, aumentar, em vez de diminuir, as tensões familiares, caso transmitam a essas famílias que elas deveriam ser como as biológicas.

Perguntas a Serem Feitas à Família. Reeves, quais as diferenças entre você e sua esposa, Lily, no que se refere à recuperação bem-sucedida do primeiro casamento? O que mais o ajudou a enfrentar os próprios medos no sentido de casar-se novamente? E sobre constituir uma *stepfamily*? Como Lily convidou seus filhos a se adaptarem a ela? O que seus filhos consideram a atitude mais vantajosa assumida por você, ao ajudá-los a enfrentar os conflitos de lealdade? Que conselho você daria a outras *stepfamilies* no que diz respeito a constituir uma nova família? Do que mais você se orgulha quando ajudou sua *stepfamily* a superar com êxito a transição de uma família anterior para a que constituem agora?

Comparação dos estágios do ciclo vital de famílias de baixa renda e profissionais

Em geral, o ciclo vital da família pobre não condiz com o paradigma de classe média utilizado com tanta frequência para conceituar suas situações. Anderson (2003) ressalta que, quando a pobreza é posta em números financeiros, as diferenças entre o ajuste dos filhos em famílias de um ou dois genitores quase desaparecem. Pais solteiros de baixa renda também são questões especiais de minorias. Atualmente, quase 75% de todas as famílias de pais solteiros são minorias (Anderson, 2003). O ciclo vital da família pobre se constitui, na verdade, de três fases: jovens adultos independentes (talvez com menos de 12 anos) considerados praticamente

irresponsáveis pelos adultos; famílias com crianças – uma fase que ocupa a maior parte do ciclo vital e compreende entre três e quatro gerações de chefes de família, e a fase final, da avó, que, na velhice, continua a participar da educação central das crianças.

Fields (2003) refere que, em 2002, “dez por cento dos filhos que viviam com uma mãe solteira eram netos do chefe da família... Quando crianças viviam em lares sem ambos os pais com muita frequência (44% das crianças) moravam na casa dos avós” (p. 3). Incentivamos as enfermeiras a considerar os efeitos de etnia e religião, *status* socioeconômico, raça e ambiente onde a família faz as próprias transições em seu ciclo vital, e quando e como isso ocorre. Isso é especialmente importante na prática de enfermagem da família relacional em cuidados primários.

Ciclo vital da família adotiva

Em uma adoção, expandem-se os limites de todos os envolvidos. Reitz e Watson (1992) definem a adoção como:

Um meio de proporcionar segurança e atendimento às necessidades de desenvolvimento de algumas crianças por meio de transferência legal de responsabilidades paternas contínuas por parte dos pais biológicos aos pais adotivos; reconhecimento de que, ao fazê-lo, engendramos uma rede de parentesco que se liga àquelas famílias para sempre por meio do filho, o que é compartilhado por ambas as partes. (p. 11)

Concordamos com essa definição. Assim como no casamento, o novo estado legal da família adotiva não rompe, de forma automática, os laços psicológicos da família original. Mais propriamente, os limites da família são expandidos e realinhados. Os dados concretos sobre o número de crianças adotadas a cada ano são incompletos, em função dos múltiplos sistemas estatísticos. Fein (1998) verificou que, em 1992, 127.441 crianças foram adotadas nos Estados Unidos, um ligeiro aumento sobre os 118.000 verificados 5 anos antes. Aproximadamente 42% dessas adoções envolviam padrastos, madrastras e parentes. O maior aumento, segundo Fein, foi o de adoção de crianças de outros países. “Como são exigidos vistos, existem até estatísticas atualizadas para essas adoções e, desde 1990, seus números aproximadamente dobraram de 7.093 para 13.620 em 1997” (Fein, 1998, p. 1). Isso resultou em maior visibilidade do processo de adoção e das questões envolvendo pais e filhos. Em seu estudo de 20 famílias que adotaram crianças de instituições russas e romenas, Linville e Lyness (2007) relataram que as famílias descritas haviam sofrido uma metamorfose particularmente nas áreas de papéis, tensão emocional, técnicas de paternidade, resiliência e ligação com o país de origem das crianças. Eles sugerem, e concordamos, que a forma de contar e recontar a história da

adoção pode ter consequências positivas ou negativas duradouras para o ajuste da criança e seu bem-estar emocional. Essa é uma área em que as enfermeiras podem causar um tremendo impacto positivo na assistência às famílias.

Acreditamos que as enfermeiras devam estar cientes das tendências e circunstâncias especiais na formação de famílias adotivas. Por exemplo, a maioria das instituições oferece serviços de adoção num *continuum* de abertura. Alguns benefícios potenciais da adoção aberta para os pais biológicos são maior empatia com pais adotivos, tranquilização de que a criança está segura e recebendo amor, assim como diminuição de vergonha e culpa. Para os pais adotivos, os benefícios são maior empatia com os pais biológicos, menor imposição de estresse em razão do segredo e desconhecimento e a compreensão, desde o início, da afirmação de aceitação da herança cultural da criança. Para esta, existe maior empatia com os pais adotivos, uniões enriquecidas com eles e redução do estresse de rompimento. Ao mesmo tempo, a criança tem maior empatia com os pais biológicos e diminuição das fantasias sobre eles, e com informações claras e consistentes é maior o controle ao lidar com as questões de adoção. Acreditamos que esses benefícios potenciais sejam muito significativos, especialmente para as famílias que adotam bebês de culturas e etnias diferentes. Também podem existir famílias adotivas em situações de divórcio, pais solteiros, casados ou em segundo casamento, assim como de famílias extensas e famílias com várias formas de paternidade dupla aberta.

O processo de adoção, incluindo decisão, aplicação e adoção final, pode ser um período estressante, mas feliz, para muitos casais. Durante a fase de desenvolvimento pré-escolar, a família deve reconhecer a adoção como um fato familiar. Às vezes, a questão da permanência do relacionamento surge tanto da parte dos pais como da criança. O estudo de Clark, Thigpen e Yates (2006) com 11 famílias que mencionavam êxito na integração na unidade familiar de pelo menos uma criança mais velha ou com necessidades especiais mostra de forma pungente o processo pelo qual passaram. As percepções paternas que facilitaram o processo bem-sucedido incluíram os pontos fortes das crianças negligenciadas pelos cuidadores anteriores, observação de seu comportamento no contexto, reestrutura do comportamento negativo e melhora no comportamento aos esforços paternos.

Em nosso trabalho clínico com as famílias adotivas, descobrimos ser útil considerar muitos aspectos da adoção, incluindo:

- Fatores genéticos e hereditários.
- Cuidados pré e perinatais deficientes.
- Circunstâncias adversas de adoção, incluindo múltiplas rupturas no início da vida.
- Condições no lar adotivo, incluindo resiliências, pontos fortes e problemas preexistentes e atuais da família.

- Similaridades e diferenças de temperamento entre a criança e os pais ou a família adotiva.
- Sistema de fantasia e comunicação em relação à adoção, incluindo atitudes paternas sobre a adoção.
- Dificuldades para estabelecer um senso firme de identidade durante a adolescência.
- Maior diferença de idade do que o normal entre os pais e os filhos adotivos.

Consideramos importante para as enfermeiras da família reconhecer os pontos fortes e os recursos das famílias adotivas, à medida que se deparam com questões desafiantes. Durante o estágio adolescente do desenvolvimento da família, uma tarefa importante é aumentar a flexibilidade dos limites familiares. Nas famílias adotivas, alterações podem originar ameaças de deserção ou rejeição. Durante a fase de encaminhamento ou de jovem adulto, este "adota" os pais em uma fase de recontração.

Quando a criança adotada passa a ter sua própria família de procriação, a integração da progênie biológica do adotado pode ser um desafio de desenvolvimento para todos. Os pais adotivos podem ter prazer com a continuidade psicológica e social. Ao mesmo tempo, podem lamentar a perda de netos biológicos e o pesar da descontinuidade genealógica. Para o adotivo, a reprodução inclui a emoção do relacionamento biológico e, talvez, alguns temores do desconhecido em sua própria história genética.

Acreditamos que as enfermeiras tenham importante papel auxiliando as famílias a navegar pelas complexidades do processo de adoção e ciclo vital. Quando essa complexidade for aceita, quando essas perdas forem reconhecidas e resolvidas, quando pais e filhos se sentirem satisfeitos com a adoção como uma via legítima para se tornar uma família e quando uma comunidade de família, amigos e profissionais que os cercam for afirmativa, então os resultados para as famílias adotivas serão muito positivos.

Ciclos de vida familiar de gays, lésbicas, bissexuais, homossexuais, transgêneros e twin-spiriteds

Até recentemente, a cultura popular ignorava os LGBTTTIT nos relacionamentos de casais ou familiares ou os representava como parte de uma subcultura invisível. Grande parte do que vemos, lemos e ouvimos nos meios de comunicação e na sociedade em geral expressa uma visão de mundo patriarcal, anglo-saxônica, branca, cristã, masculina, de classe média, capaz e heterossexual. Mais recentemente, com a discussão aberta sobre o casamento ou a união entre o mesmo sexo, mais atenção está focalizada nesses relacionamentos, suas estruturas, ciclos de vida desenvolvimental, desafios, pontos fortes e problemas. Long e Andrews (2007) ressaltam que, para os casais de mesmo sexo, as funções familiares de formação e afiliação, subsistência e socialização, bem como proteção dos

membros vulneráveis são particularmente importantes. Acreditamos que o modelo de ciclo vital popular da família não se aplique a lésbicas e gays por ser baseado nas noções de que é fundamental a criação de filhos para a família e que os laços sanguíneos e legais constituem critérios para a definição de uma família como tal.

Além disso, a transmissão de normas, rituais, sabedoria popular, bem como os valores de geração a geração, não se associa tipicamente à vida gay e lésbica. Em muitos casos, a família de origem pode não saber que nome dar ao parceiro de sua filha. Por exemplo, o termo "namorada" não conota o significado do relacionamento.

Porém, acreditamos que existam mais diferenças dentro de famílias tradicionalmente definidas do que entre as famílias LGBTTTIT e aquelas famílias designadas como tradicionais. Existem também muitas crenças diferentes dentro dos diversos casais. Por exemplo, Shernoff (2006) ressaltou – e concordamos – que casais masculinos precisam negociar suas visões sobre monogamia. Para muitos clínicos, a não exclusividade sexual desafia as crenças fundamentais. Nossa visão de vida familiar é socialmente construída, como é a visão mantida por cada enfermeira. Lidar com visões múltiplas de relacionamentos é uma tarefa importante para enfermeiras que trabalham com famílias.

Os estágios do ciclo vital da família tradicional podem ser aplicados a gays e lésbicas com algumas diferenças exclusivas. Durante a adolescência, que pode ser um período tumultuado para muitas famílias, gays e lésbicas se defrontam com problemas de identidade semelhantes aos dos heterossexuais, mas muitas vezes sem o apoio de rituais como os bailes de debutantes ou uma atitude de "ser inabalável". Os pais com frequência se esforçam mais em "proteger" em vez de "preparar" o jovem para viver em um ambiente social homofóbico.

Os estágios de sair de casa, de jovem adulto solteiro e de união apresentam desafios para o jovem que precisa aprender com o mundo gay-lésbico sobre sair com alguém e não poder confiar na família de origem quanto à modelagem nessa área. Serviços de albergue e a procura de hospitalidade com os pais dos amigos, abrigos amigáveis aos LGBTTTIT e programas de moradia temporária são exemplos das opções de arranjos de vida para o que alguns chamaram de jovens "desperdiçados" (isto é, jovem LGBTTTIT em crise). Esses são jovens que "se revelaram" às famílias e foram então "postos para fora" de casa.

Na discussão com seus pais sobre relacionamentos homossexuais, muitos casais de gays e lésbicas descobriram ser útil focalizar-se nos pontos fortes desses relacionamentos. Quando os pais veem que o relacionamento homossexual tem tais pontos fortes e pode ser benéfico para o filho, muitas vezes se ajustam com mais facilidade. Lidar com essas questões essenciais de união – dinheiro, trabalho e sexo – envolve a abor-

dagem a *scripts* de gênero. Exemplos exclusivos da condição de paternidade de casais de gays e lésbicas englobam as opções limitadas disponíveis de engravidar por meio de inseminação artificial em vista dos preconceitos das clínicas de fertilidade, dificuldades com o seguro de saúde, reação da família de origem e parentes à notícia da paternidade e, quase sempre, o papel indistinto do pai não biológico.

Durante os períodos médio e posterior da vida, a família de gays, lésbicas, bissexuais e transexuais continua a se adaptar e renegociar com a família de origem. Esses relacionamentos podem ser influenciados pela doença, seja dentro da família que envelhece ou da família escolhida na meia-idade. A responsabilidade intergeracional e as questões legais e de cuidados precisam ser abordadas. Acreditamos que as enfermeiras na prática relacional ativa possam ajudar a providenciar um contexto para essas conversas entre os membros da família.

Recomendamos uma abordagem sensível à opressão para trabalhar com famílias de LGBTQI+. Essa abordagem convida a uma postura de curiosidade respeitosa para explorar os domínios de convergência e diferença. Para as enfermeiras que trabalham com esses casais, algumas perguntas podem ser úteis:

- Em que área cada parceiro se sente privilegiado? Oprimido? Como lidam com essas semelhanças e diferenças? Como o mais privilegiado reage ao senso de opressão do outro?
- Como cada membro do casal lida com o heterossexualismo? Com as famílias de origem? Com a cultura *gay* dominante?
- Quais são os pontos fortes do casal? Como a espiritualidade influencia seu relacionamento?

Incentivamos as enfermeiras a evitar a tendência alfa de exagerar as diferenças entre grupos de pessoas e a tendência beta de ignorar diferenças que os fazem existir. Em seu privilegiado papel de trabalhar com famílias que estão lidando com questões de saúde, as enfermeiras podem participar de modo significativo ao modelar a inclusão e o respeito pela diversidade.

Nessa categoria de desenvolvimento do MCAF, apresentamos seis tipos de amostras de ciclos vitais familiares. A enfermagem está começando a reconhecer características especiais de formas de família não tradicionais, como a de casais de gays e lésbicas. Incentivamos as enfermeiras a ampliar suas perspectivas ao interagirem com as várias formas de famílias. O que sabemos é que existe uma grande variedade: a família pobre e sem lar, o casal de gays ou de lésbicas, o pai solteiro, a criança adotada com pais, a família adotiva, a família divorciada, a família separada, a família com guarda temporária, a família nuclear, a família extensa, o lar de crianças que educa crianças sem a presença de um pai e assim por diante.

Avaliação funcional

A avaliação funcional da família diz respeito aos detalhes sobre como os indivíduos *realmente* se comportam uns com os outros. É o aspecto do aqui e agora na vida de uma família observado e apresentado por ela. Existem dois aspectos básicos do funcionamento familiar: instrumental e expressivo. Cada qual procede de modo diferente.

Funcionamento instrumental

O aspecto instrumental do funcionamento da família refere-se às atividades rotineiras da vida diária, tais como alimentar-se, dormir, preparar refeições, aplicar injeções, trocar de roupas, etc. Para as famílias com problemas de saúde, essa é uma área de particular importância. As atividades instrumentais da vida diária são, em geral, mais numerosas e mais frequentes e assumem maior significado em razão da doença em um membro da família. Um tetraplégico, por exemplo, requer assistência para quase todas as tarefas instrumentais. Se um bebê estiver conectado a um monitor de apneia, muitas vezes os pais alteram a maneira de desempenhar suas tarefas instrumentais. Por exemplo, um genitor só deixará o apartamento hospitalar para lavar roupa se o outro estiver suficientemente desperto para cuidar da criança. Se um membro mais velho da família for incapaz de distinguir qual medicação deverá tomar em um dado momento, outros membros da família quase sempre modificarão suas rotinas diárias para telefonar ou visitar o idoso.

A interação entre os processos instrumentais e psicossociais nas vidas dos clientes é uma importante consideração para as enfermeiras. Por exemplo, elas podem prestar atenção às rotinas familiares sobre os horários das refeições e de dormir, incorporando novas práticas de cuidados de saúde à sua rotina em vez de "acrescentar" à lista já atarefada da família. Knafel e Deatrick (2006) tentaram desenvolver um instrumento para quantificar um estilo de administração familiar para avaliar a resposta da família à doença crônica de um filho. Em grande parte isso depende de como ela vê a situação e de sua resposta comportamental ativa à doença. Recomendamos aos profissionais de saúde que compreendam que o cuidar de um cônjuge com câncer por um cônjuge mais velho constitui um grande desafio na adaptação em fase avançada da vida. Esses esposos geralmente dividem os encargos de cuidados, assim como a tensão pessoal (o componente subjetivo), de forma mais intensa do que os filhos e os próprios pacientes com câncer. A importância dos cuidados de enfermagem da família é, portanto, ressaltada.

Acreditamos que as enfermeiras considerem útil pensar em possíveis estágios de saúde e doença juntamente com a interação familiar. Friedman, Bowden e Jones (2003) destacaram seis desses estágios:

1. Esforços da família na promoção da saúde.
2. Avaliação familiar dos sintomas.
3. Procura de cuidados.
4. Encaminhamento e obtenção de cuidados.
5. Resposta aguda à doença pelo cliente e pela família.
6. Adaptação à doença e à recuperação.

O conceito de fases e estágios de tempo expandiu-se, contudo, com testes preditivos, pré-sintomáticos ou de portador genético para incluir o período que antecedeu o aparecimento clínico da doença genética. As fases anteriores ao início clínico da doença genômica incluem:

- Fase não sintomática/não conscientização.
- Fase pré-teste da crise I.
- Fase de teste/pós-teste da crise II.
- Fase de adaptação a longo prazo.

Rolland e Williams (2005) ressaltam que esses estágios são caracterizados por questões de viver com a incerteza.

Quando uma enfermeira elabora hipóteses sobre o possível estágio de saúde e doença da família e pesquisa suas rotinas comuns de vida lado a lado com a doença, ela e a família descobrirão resiliências e áreas para uma possível assistência. A assistência eficaz consiste em uma série de eventos em vez de únicas interações. A trajetória da doença cardíaca sugere que as intervenções podem ser mais eficazes quando prestadas durante todos os estágios da doença, podendo ser mais bem elaborada para atender às necessidades específicas de indivíduos e famílias em cada estágio.

Funcionamento expressivo

O aspecto expressivo de funcionamento refere-se a nove subcategorias:

1. Comunicação emocional
2. Comunicação verbal
3. Comunicação não verbal
4. Comunicação circular
5. Solução de problemas
6. Papéis
7. Influência e poder
8. Crenças
9. Alianças e uniões

Essas nove subcategorias derivam, em parte, dos Esquemas de Categorias Familiares desenvolvidos por Epstein, Sigal e Rakoff (1968) e posteriormente

publicadas por Epstein, Bishop e Levin (1978). Essas subcategorias foram ampliadas por Tomm, em 1977 e depois publicadas por Tomm e Sanders (1983). O trabalho inicial (Westley e Epstein, 1969) sugeria que muitas dessas subcategorias faziam a distinção entre famílias saudáveis, em termos emocionais, e aquelas que estavam passando por mais de um desconforto emocional usual. Um estudo mais recente de Ahrons *et al.*, (2007) notou que o Instrumento de Avaliação da Família é menos aplicável a hispano-americanos do que americanos caucasianos. Eles sugerem, por exemplo, que famílias hispano-americanas geralmente atuam em mais de um papel hierárquico estável, muitas vezes incentivam que se evite o conflito interpessoal e, com mais frequência ainda, enfatizam o coletivismo familiar, comparadas com as famílias de americanos caucasianos. A importância da variabilidade cultural é ressaltada.

Expandimos esses trabalhos em nossas primeiras edições de *Enfermeiras e Famílias* para incluir comunicações circulares e não verbais, crenças e poder. Entretanto, não utilizamos quaisquer dessas categorias como determinantes de um estado emocionalmente saudável de uma família. O mais importante é o julgamento da família sobre estar funcionando bem. Com exceção, é claro, das questões de violência e abuso, encorajamos as enfermeiras a encontrar maneiras para apoiar a definição de saúde da família *versus* imposição da própria definição à família.

Antes de discutir cada subcategoria, gostaríamos de ressaltar que a maioria das famílias precisa enfrentar uma combinação de questões instrumentais e expressivas. Por exemplo, uma mulher idosa apresenta uma queimadura. As questões instrumentais giram em torno da troca de curativos e de um programa de exercícios. As questões expressivas ou afetivas podem se centrar nos papéis ou na solução do problema. A família pode considerar as seguintes questões:

- De quem é a função de trocar o curativo da vovó?
- As mulheres são melhores "enfermeiras" que os homens?
- De quem é a vez de chamar o fisioterapeuta?
- Por que Jasdev nunca participa dos cuidados da vovó?
- Que faremos para conseguir que Jasdev leve a vovó de carro ao consultório médico?

Se uma família não estiver se adaptando bem às questões instrumentais, quase sempre existirão questões expressivas. Entretanto, uma família pode lidar bem com questões instrumentais e mesmo assim ter dificuldades emocionais ou de expressão. Portanto, é relevante que a enfermeira e a família delineiem juntas as questões instrumentais decorrentes de questões expressivas. Ambas precisam ser exploradas quando a enfermeira e a família tiverem uma conversa sobre o funcionamento familiar. Robinson (1998) resalta a importância do atendimento das enfermeiras ao que ela

chama de "trabalho da doença" ou "encargo da doença". A elaboração dos arranjos para o tratamento da doença crônica ou potencialmente fatal não ocorre de uma hora para outra. O contexto normal de mulheres que assumem o encargo das tarefas domésticas é aquele em que são feitos arranjos adicionais para a enfermidade.

Embora sejam considerados tanto os comportamentos passados como os objetivos futuros na avaliação funcional, o enfoque principal é o aqui e agora. É bom que a enfermeira e a família identifiquem os pontos fortes e as limitações em cada uma das subcategorias mencionadas. Achamos conveniente lembrar que uma simples conversa entre a enfermeira e a família sobre o sistema familiar molda esse sistema. As pessoas reescrevem suas vidas e histórias de modo contínuo e ativo. Nosso compromisso com as famílias é mostrar curiosidade, prazer, interesse e apreciação por sua capacidade de recuperação. Naturalmente, isso não quer dizer que fechamos os olhos à violência ou ao abuso na família. Mais propriamente, isso significa que reconhecemos que as famílias estão procurando dar um sentido a suas vidas e histórias. Nosso trabalho é testemunhar isso.

Os padrões de interação são os principais impulsos da categoria de avaliação funcional. É evidente que as famílias são compostas de indivíduos, mas o foco da avaliação familiar é menor sobre o indivíduo e maior sobre a interação *entre* todos os membros da família. Portanto, a família é vista como um sistema de membros em interação. Ao conduzir essa parte da avaliação familiar, a enfermeira atua sob a hipótese de que os indivíduos são mais bem compreendidos dentro de seu contexto social imediato. Ela imagina o indivíduo definindo e sendo definido por esse contexto. Portanto, são muito importantes os relacionamentos do indivíduo com os integrantes da família e com outros membros significativos de um ambiente social mais amplo. Se não prestarmos atenção às ideias e às práticas em jogo, num contexto social mais amplo, corremos o risco de focalizar circuitos pequenos, muito estreitos e recursivos de *feedback*. Descobrimos que isso é especialmente importante desde que testemunhamos o 11 de setembro, os atos aleatórios de terrorismo e os assassinatos em massa, quando nós e as famílias nos esforçamos para nos adaptar à mudança de contextos social e político.

Na entrevista com todos os membros da família, a enfermeira pode observar como eles interagem e se influenciam de maneira espontânea. Além disso, pode fazer perguntas a respeito do impacto que uns causam sobre os outros e sobre o problema de saúde. Na recíproca, a enfermeira pode inquirir sobre o impacto do problema de saúde na família. Se a enfermeira pensa de "modo interacional" e não "individual", o comportamento de cada membro individual da família não será visto isoladamente, mas será compreendido no contexto. É importante para a enfermeira ter em mente que, se adotar uma visão de mundo pós-moderna, não será capaz de conduzir uma avaliação ob-

jetiva. Mais exatamente, a enfermeira e a família, ao abordarem os padrões de interação familiar, produzirão uma nova história, rica em detalhes contextualizados. Atenção especial é dada às formas em que o pequeno e o comum – uma palavra, um gesto simples, pequenos apartes, ações triviais – podem propiciar oportunidades para gerar novos significados. Ao contrário das enfermeiras modernistas, que se autodefinem como separadas da família com a qual estão trabalhando, as que adotam a visão pós-modernista assumem que cada participante na entrevista familiar – esposa, marido, parceiro, enfermeira – dá uma contribuição igual e em geral diferente ao processo. É tarefa da enfermeira ajudar os membros da família a participar de conversas para dar um sentido a suas vidas em vez de explicar seus comportamentos.

Exemplos da vida real utilizando categorias funcionais de MCAF são apresentados nos Capítulos 4, 7, 8, 9 e 10.

Comunicação emocional

Essa subcategoria refere-se à variação e aos tipos de emoções e/ou sensações expressos e/ou demonstrados pelo profissional de saúde. As famílias geralmente expressam um amplo espectro de sentimentos, que vão de felicidade à tristeza, à raiva, ao passo que famílias com dificuldades costumam ter padrões muito rígidos em uma estreita variação de expressão emocional. Por exemplo, algumas famílias que passam por dificuldades quase sempre discutem e raramente demonstram afeição. Em outras famílias, os pais podem expressar raiva, mas as crianças não, ou é possível não haver dificuldades para as mulheres expressarem afetuosidade, porém se observa que aos homens não é permitido expressá-la.

Lyken (2006) sugere, a partir de seus estudos com gêmeos de meia-idade, tanto mono como dizigóticos, criados juntos e separados, que "a hereditariedade do ponto de ajuste ou nível médio de felicidade é de cerca de 80%" (p. 19). Os sentimentos de bem-estar subjetivos, afirma ele, não são relacionados a *status* socioeconômico, renda, níveis educacionais, gênero ou raça; relacionam-se à loteria genética e favores da sorte, bons ou maus. A influência da biologia sobre a comunicação emocional é uma área intrigante em desenvolvimento e as famílias, sem dúvida, terão muitas crenças a esse respeito.

Perguntas a Serem Feitas à Família. Quem, na família, tende a iniciar as conversas sobre sentimentos? Quando o papai está feliz, de que maneira isso é expresso? E quando está com raiva? Ou triste? E sua mamãe? Qual o efeito que sua ira tem sobre seu filho Noah? O que a mamãe faz quando o papai está irado? Se sua avó demonstrasse aos seus pais que está triste em razão da próxima quimioterapia, de que maneira você acha que eles reagiriam? Quando seu irmão Hiesem morreu em um acidente, o que mais ajudou a família a suportar a tristeza?

Comunicação verbal

Essa subcategoria concentra-se principalmente no significado de um conteúdo verbal (ou escrito) de uma mensagem entre os envolvidos na interação. Ou seja, em termos de relacionamento o foco está no significado das palavras.

A comunicação direta sugere ao destinatário que a mensagem está sendo enviada. Uma mulher idosa pode ficar triste pelo que o marido lhe diz, mas repreende o neto pelo incômodo inconsequente que ele lhe causou, com o seguinte comentário: "Pare de fazer isso comigo". Isso poderia representar uma mensagem deslocada, enquanto o mesmo comentário dirigido ao marido poderia ser considerado direto.

Outra maneira de ver uma comunicação verbal é distinguir entre mensagens claras *versus* mascaradas. Em uma mensagem clara, não há distorção. O comentário do pai ao filho: "Crianças que choram quando tomam injeção são nenês" pode mascarar uma crítica, se a criança estiver resistindo, com lágrimas, na hora da injeção. A velha estratégia de controlar uma criança "dizendo o que se quer dizer e dando significado ao que se diz" é uma boa orientação para uma comunicação direta e clara.

Perguntas a Serem Feitas à Família. Qual dentre os membros de sua família se comunica verbalmente de forma mais clara e direta? Quando você diz claramente a seu filho jovem que ele tem que pagar aluguel, que efeito isso tem sobre ele? Quando seus filhos adolescentes conversam diretamente entre si sobre o uso de camisinhas, o que você nota? Se seus filhos adolescentes falassem mais com você e seu marido sobre sexo seguro, qual seria a reação de seu marido? Quais as maneiras que você e Manuel encontraram para manter boas conversas diretas? Pessoalmente? Por telefone? Por *email*? Por mensagem de texto?

Comunicação não verbal

Essa subcategoria focaliza-se nas mensagens paraverbais e não verbais transmitidas pelos membros da família. Mensagens não verbais incluem postura corporal (curvada, inquietada, aberta, fechada), contato ocular (intenso, mínimo), toque, gestos, movimentos faciais (caretas, olhar fixo, bocejos), etc. O espaço pessoal, a proximidade ou a distância entre os membros da família também é uma importante comunicação não verbal. A comunicação paraverbal compreende tonalidade, sons guturais, choro, gaguejos, etc.

As enfermeiras devem ter em mente que a comunicação não verbal sofre grande influência da cultura. Por exemplo, Lewinsohn e Werner (1997) sugerem que, em casais chineses e de Taiwan, os meios de comunicação e relacionamento não verbais, indiretos, servem como uma função positiva, mas são vistos pelos grupos eurocaucasianos, nos Estados Unidos, como um indicador de intromissão ou envolvimento excessivo. Kaufman

(2002) ressalta que gestos, tais como sinais com a mão, encolher os ombros e mudanças de postura são específicos das diferentes culturas, notando que podem existir até 200 desses gestos em todas as culturas.

As enfermeiras devem observar a sequência de mensagens não verbais e também o momento de ocorrência. Por exemplo, quando um homem idoso começa a falar sobre sua doença terminal e a filha adulta vira a cabeça e olha para o chão com os olhos cheios de lágrimas, a enfermeira pode inferir que a filha esteja triste com a morte iminente do pai. O comportamento subsequente da filha é congruente com a tristeza e o tópico da conversa. Entretanto, note que essa sequência de comportamentos não é necessariamente de apoio ao pai.

A comunicação não verbal está estreitamente ligada à comunicação emocional. Incentivamos as enfermeiras a indagar sobre o significado da comunicação não verbal quando ela for incompatível com a comunicação verbal.

Perguntas a Serem Feitas à Família. Quem, na família, demonstra mais mal-estar com o alcoolismo de seu pai? Como Sheldon demonstra isso? O que sua mãe faz quando seu padrao bebe? Quando sua irmã Seema vira a cabeça e olha para a janela, enquanto seu padrao está falando, que efeito isso tem sobre você? Caso seu pai parasse de falar ao mesmo tempo que sua madrastra, você acha que ela poderia se aproximar mais dele?

Comunicação circular

Essa subcategoria refere-se à comunicação recíproca entre pessoas (Watzlawick, Beavin e Jackson, 1967). Existe um padrão para as principais questões de relacionamento. Por exemplo, há um padrão circular comum quando a esposa fica com raiva e crítica o marido; o marido fica com raiva e evita tanto o assunto como a esposa. Quanto mais ele a evita, mais irada ela fica. A esposa tende a ver que o problema é o marido somente, enquanto ele identifica a crítica da esposa como o único problema. Esse tipo de padrão geralmente é chamado de demanda/retirada. A circularidade desse padrão é o aspecto mais relevante na compreensão da interação em díades. Uma pessoa influencia o comportamento da outra. Encontram-se outras informações sobre isso no Capítulo 2.

Os padrões de comunicação circular também podem ser adaptativos. Por exemplo, se um pai idoso sente-se competente e negocia bem com o locador, o filho adulto sente-se orgulhoso e elogia o pai. Quanto mais reforço o filho adulto lhe dá, mais confiante e seguro de si o idoso se sente. A Figura 3.18 mostra um diagrama desse padrão.

Os diagramas de padrão circular (DPC) concretizam e simplificam as sequências repetitivas observadas em um relacionamento. Esse método de diagramar os padrões de interação, primeiramente desenvolvido por Tomm em 1980, pode ser aplicado aos relacionamentos entre os membros

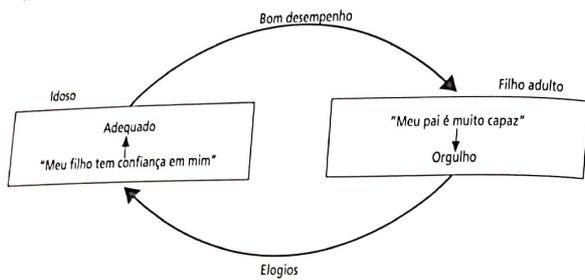


Figura 3.18 - Diagrama de padrão circular adaptativo.

da família ou entre a enfermeira e a família. Visto que a enfermeira e a família se influenciam mutuamente, a primeira é incentivada a pensar de modo interacional sobre as situações e a oferecer à família a oportunidade de também pensar assim.

O DPC mais simples compreende dois comportamentos e duas inferências de significado. As inferências utilizadas podem ser cognitivas ou afetivas, ou ambas. As inferências sobre cognições referem-se a ideias, conceitos ou crenças, enquanto as inferências sobre o afeto referem-se aos estados emocionais. Afeto ou cognição, ou ambos, impulsionam o comportamento. A Figura 3.19 ilustra o relacionamento entre esses elementos. "A inferência adentra o circuito e representa algum processo interno (o que está acontecendo no lado interno de cada indivíduo em interação). As setas de conexão representam as informações transmitidas de uma pessoa a outra por meio do comportamento. A ligação circular implica um padrão de interação repetitivo, estável e autorregulador" (Tomm, 1980, p. 8). Os DPC incentivam uma posição de curiosidade (Cecchin, 1987), em vez de paixão, por valores específicos e uma postura contra outras.

Embora os DPC possam ser utilizados para promover o pensamento circular, é preciso conhecer suas limitações. Eles podem nos tentar a olhar para as famílias em busca de causas que contribuam para os problemas. Isso pode desviar a atenção das responsabilidades pessoais no que se refere a um comportamento inaceitável, como a violência. Podem ser ressaltados circuitos pequenos e estreitos e o "grande quadro" da influência negativa de valores particulares, instituições e práticas culturais pode ser esquecido. Outra limitação dos DPC é que podem incentivar as enfermeiras a pensar que se encontram do lado de fora do sistema familiar. Ela é mostrada como um observador participante de um sistema mais amplo, tendo conhecimento de padrões circulares que refletem o funcionamento da família. Deve-se reconhecer a interdependência da enfermeira entre-

978-85-4120-003-5

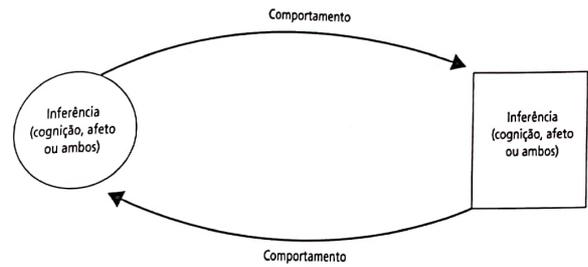


Figura 3.19 - Elementos básicos de um diagrama de padrão circular.

vistadora e da família. Tanto as enfermeiras como os membros da família não podem ser descontextualizados de seus ambientes sociais e históricos.

No que foi chamado de "crítica feminista" de sistemas, vários escritores (Goldner, 1985; Ault-Rich, 1986) fizeram objeção às ideias simplistas de causalidade desenvolvidas por uma perspectiva circular. Os DPC, em virtude de seu contexto neutro, ignoram os diferenciais de poder e contêm um discurso ou relacionamento entre iguais. Esses escritores criticam a circularidade por não ser transparente no tocante à responsabilidade e à minimização dos diferenciais de poder nos relacionamentos. De particular interesse são os problemas de incesto, abuso, violência, intimidação e ataque.

Apesar dessas críticas válidas, acreditamos ainda ser útil para o trabalho clínico com as famílias aceitar a noção de circularidade, mas simultaneamente adotar a ideia de responsabilidade pessoal. Fekete *et al.*, (2007) ressaltam a importância da circularidade em seu estudo com 243 mulheres que vivenciaram as erupções de lúpus e seus maridos. Descobriram que o apoio mais emocional (empático) era interpretado como uma reação mais emocional do esposo, que por sua vez estava associada a maior senso de bem-estar da esposa. Em contraposição, um apoio mais problemático (minimizante) era interpretado como uma resposta menos emocional do esposo, que por sua vez estava associada a um senso mais precário de bem-estar da esposa. Essas descobertas têm grandes implicações para ajudar os casais a ajustar e enfrentar a doença crônica.

A Figura 3.20 exemplifica um argumento circular. As partes se culpam e fazem ameaças mútuas. A Figura 3.21 ilustra um relacionamento de apoio. O marido confia na esposa e lhe revela suas necessidades e medos. Ela se preocupa e, por sua vez, o conforta e o apoia. Isso o leva a confiar mais nela e o relacionamento evolui.

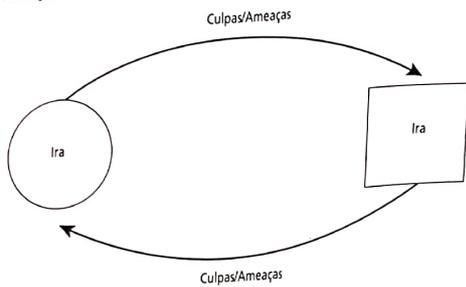


Figura 3.20 - Diagrama de padrão circular de um argumento circular.

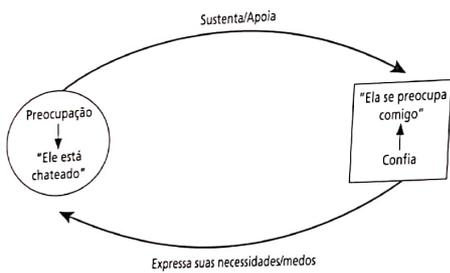


Figura 3.21 - Diagrama de padrão circular de um relacionamento de apoio.

Exemplo de conversa com a família

Enfermeira: Você diz que sua esposa "sempre" o critica. (A enfermeira conceitua, Figura 3.22.) O que você faz então? (A enfermeira tenta completar, na Figura 3.23, o comportamento do marido.)

Marido: Não gosto de discutir as coisas. Evito o conflito. E saio. Vou para outra sala. O que mais posso fazer? Ela está sempre me dizendo o que fiz de errado. Eu vou para o computador.

Enfermeira: Então ela expressa suas necessidades e você sai. Na sua opinião, como ela se sente? (A enfermeira tenta completar, na Figura 3.24, a emoção pressuposta no círculo da esposa.)

Esposa: Eu lhe conto. Fico aborrecida. Sinto-me ignorada, rejeitada.

Enfermeira: Então, você fica aborrecida quando ele sai e a ignora. E então fica mais crítica. Isso está certo?

Esposa: Bem, na verdade eu não critico, eu só...

Marido: Sim, você percebeu, enfermeira.

Enfermeira: Então, quando você tenta e expressa suas preocupações, como você acha que ele se sente? (A enfermeira tenta completar, na Figura 3.24, a suposição no quadrado.)

Esposa: Não sei.

Enfermeira: Se ele pensa que você o está repreendendo, e para evitar problemas sai da sala, você acha que sua conversa pode ter algum efeito sobre ele?

Esposa: Bem, eu suponho que ele possa se sentir frustrado. Ele fica amuado.

Enfermeira: Então, o padrão parece ser este, não importa quem comece, o círculo se completa: algumas vezes você fica aborrecida e o critica. Seu marido se sente frustrado e a ignora. Ele fica amuado na garagem. Outras vezes ele evita problemas, e isso desperta sua frustração e crítica. (A enfermeira explica a Figura 3.25.)

Esposa: É um círculo vicioso.

Marido: Não quero mais continuar desse jeito. Nós dois ficamos chateados.

Depois de desencadear um DPC, a enfermeira deve pedir aos membros da família para contextualizar a discussão. Um dos contextos pode ser o da esposa exausta pelo trabalho na fábrica e por todo o serviço doméstico e ainda o cuidado do filho. O marido não vê razão para mudar sua vida só porque a esposa tem uma ocupação estressante e trabalha muitas horas. Eles podem se envolver em um padrão particular de interação circular negativa todas as noites, enquanto cuidam do filho de 3 anos com asma.

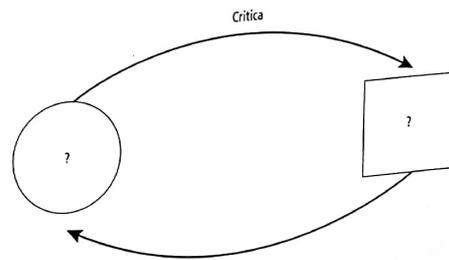


Figura 3.22 - Início de conceituação do diagrama circular padrão.

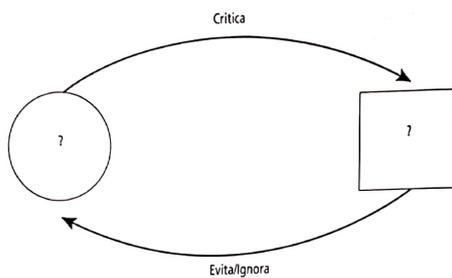


Figura 3.23 – Diagrama de padrão circular ilustrando o comportamento marido-esposa.

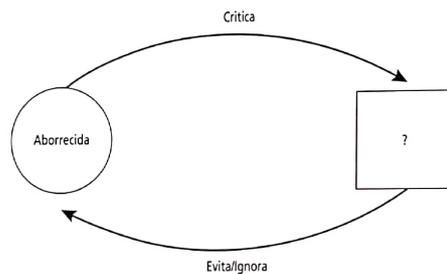


Figura 3.24 – Diagrama de padrão circular ilustrando a emoção da esposa.

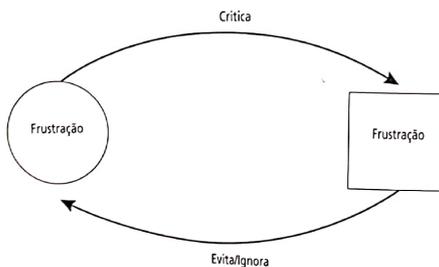


Figura 3.25 – Conceituação, pela enfermeira, do padrão de comunicação do casal.

Solução de problemas

Essa subcategoria refere-se à capacidade da família para dar uma solução eficaz aos próprios problemas. A solução do problema familiar é bastante influenciada pelas próprias convicções a respeito de suas capacidades e êxitos passados. É bom saber até que ponto a família acredita no problema ou doença. A pessoa que identifica o problema é importante. É característico que alguém de fora ou pertencente à família identifique o problema?

Identificados os problemas, eles são principalmente instrumentais (rotina, logística do dia a dia) ou emocionais? Às vezes, as famílias têm dificuldade para identificar um problema emocional como instrumental. Por exemplo, a mãe que afirma não conseguir manter em dieta seu filho com alergia alimentar está realmente discutindo um problema emocional e não instrumental; ela tem dificuldade para influenciar o filho. Visto que mais famílias enfrentam problemas tais como obesidade na infância, esta é uma distinção particularmente importante a ser notada pelas enfermeiras. A obesidade é um problema instrumental ou emocional? É um problema individual, familiar ou social?

Quais são os padrões de solução da família? Elas são proativas no planejamento para quando surgirem problemas? Por exemplo, um casal que lida com o mieloma da esposa pode decidir coletar células-tronco como medida proativa. Muitas famílias extensas estreitamente entrelaçadas contam com os parentes para auxiliar na hora da necessidade. Outras tendem a buscar o auxílio de profissionais. O conhecimento do estilo usual de soluções da família pode revelar à enfermeira a razão para a família parecer "perplexa", naquele momento específico, com um problema específico. Por exemplo, pais idosos vão para uma comunidade de aposentados. A esposa quebra o fêmur. O marido costuma ser autoconfiante ou, na hora do "apuro", dependente de sua filha de meia-idade. O casal idoso conhece poucas pessoas em sua nova comunidade. O marido está relutante em aceitar ajuda da enfermeira visitadora. Ele afirma ser capaz de administrar toda a assistência à esposa, apesar de estar perdendo peso e descansar pouco. O padrão de solução do marido estará em conflito com o da enfermeira.

O conhecimento de uma provável avaliação do custo das soluções por parte da família pode ser de utilidade para a enfermeira. Por exemplo, uma avó de 68 anos disse à enfermeira Kiran: "Não posso me dar ao luxo de chorar a morte do bebê de meu filho. Tenho que ir em frente por causa de minhas outras crianças". Kiran tinha condições de avaliar, com a avó, o custo de seu padrão de solução. Nem a avó nem o filho discutiram entre si a morte do bebê. As perguntas dos netos sobre "por que o bebê não veio do hospital para casa?" ficaram sem resposta. Houve considerável tensão, e o filho foi particularmente superprotetor com seu garoto de 4 anos de idade (o único sobrevivente do sexo masculino). Com uma delicada exploração do custo

da solução (tensão e superproteção), é possível à enfermeira sugerir outros padrões de solução (por exemplo, compartilhar o luto).

Perguntas a Serem Feitas à Família. Quem foi o primeiro a notar o problema? É você que normalmente nota essas coisas? O que mais o ajudou a dar o primeiro passo na eliminação de um padrão de violência? Qual o efeito acarretado quando Toya também tomou a decisão de interromper o ciclo de violência em sua família? O relacionamento entre seu filho Jeremiah e seu marido mudou de alguma forma ao cessar a violência? Quando o vício cessou? Se um episódio violento ocorresse novamente, na sua opinião, como você e sua filha o enfrentariam? Se o uso de cocaína surtisse novamente, que passos você daria para proteger a família?

Papéis

Essa subcategoria refere-se aos padrões estabelecidos de comportamento dos membros da família. Papel é um comportamento constante em uma situação específica. Entretanto, os papéis não são estáticos, mas, ao contrário, desenvolveram-se por meio de interações com outros indivíduos. Os papéis são, portanto, influenciados pelas aprovações e normas dos outros.

Em famílias hispânicas, por exemplo, *machismo* pode ser muito significativo para o papel masculino hierárquico, enquanto *simpatía* ou evitar o conflito, bem como a capacidade de se dar bem geralmente são bastante valorizados. Haddock, Zimmerman e Lyness (2003) ressaltam que a ideia de que as mulheres têm um ciclo vital à parte de seus papéis como esposas e como mães é bastante recente e ainda não é amplamente aceita em nossa cultura. A expectativa para as mulheres tem sido a do dever de cuidar das necessidades alheias, primeiro dos homens, depois dos filhos e, em seguida, da geração idosa.

O custo psicológico da prestação de cuidados a um genitor com doença de Alzheimer geralmente são ansiedade, depressão, culpa e ressentimento do cuidador. O fato de predominarem as mulheres como cuidadores adultos reflete um padrão norte-americano. As diferenças de gênero atribuem claramente às mulheres um perfil de participação mais frequente, mais intensa e mais afetiva no papel de cuidador.

O papel das mulheres mudou nos últimos anos e atualmente é bem menos definido pelos homens em suas vidas. O índice de natalidade sofreu uma queda abaixo dos níveis de reposição, e um número maior de mulheres está se concentrando no trabalho e na educação. Contudo, em média, as mulheres ainda fazem menos que os homens na mesma profissão (Haddock, Zimmerman e Lyness, 2003). Em muitos casos, a renda do marido relaciona-se, de modo negativo, à divisão de papéis, ao passo que a educação da esposa tem com esta uma relação positiva.

Embora, na sociedade atual, prevaleça cada vez mais a mudança de papéis, tanto para os homens como para as mulheres, é preciso que a

enfermeira avalie a maneira pela qual os membros da família se adaptam a seus papéis. Existe conflito ou cooperação entre os papéis? Os papéis são determinados apenas por idade, ordem de nascimento ou gênero? Critérios adicionais, tais como classe social e cultura, influenciam os papéis? As mulheres são as que mais participam na família, existindo uma rede muito maior de pessoas pelas quais elas se sentem responsáveis? Os homens ouvem falar menos em estresse do que as mulheres, na família, em razão de sua ampla rede de participação familiar?

Os papéis formais são aqueles pelos quais a comunidade apresenta um consenso muito mais amplo sobre uma norma. Os exemplos incluem os papéis de mãe, marido e amigo. Os papéis informais referem-se aos padrões estabelecidos de conduta, que pode ser idiossincrática a determinados indivíduos em certas situações. Os exemplos englobam os papéis de "mau elemento", "anjo" e "palhaço da classe". Esses exemplos servem a uma função específica em uma determinada família. Se o pai é o mais "mole", é maior a probabilidade de que a mãe seja mais "durona". Se Giffy é a "boa filha", provavelmente Kweisi é a "ovelha negra". Os papéis de "filho paternalizado", "bom filho" e "filho sintomático" foram identificados em muitas famílias. Os papéis auxiliares de "defensor do filho", "analista", "pacifista" e "terapeuta" também foram descritos.

É útil para a enfermeira saber como os papéis da família evoluíram, seu impacto sobre o funcionamento da família e a possibilidade de a família acreditar que suas necessidades precisam mudar. As descobertas do estudo (Stein, Rotheram-Borus e Lester, 2007) com adolescentes cujos pais tinham HIV/AIDS mostram que pode haver efeitos positivos ao que poderia ser percebido tipicamente como um papel negativo de um "adolescente paternalizado". A paternalização precoce prognosticavam melhores habilidades de adaptação e menos uso de álcool e fumo 6 anos depois. Os autores levantaram a hipótese de que as habilidades de paternalização eram adaptativas a longo prazo, especialmente no caso de adolescentes cujos pais haviam morrido ou estavam doentes, em ambientes de pobreza e em instabilidade familiar.

É importante que as enfermeiras elaborem conceitos sobre a categoria de avaliação funcional dos papéis de forma orientada à família e não ao indivíduo. Segundo Hoffman (1981):

... A abordagem orientada ao indivíduo representa erroneamente o assunto. Por exemplo, falar do papel do "bode expiatório" é apresentar o indivíduo diferente como uma pessoa com características fixas e não uma pessoa envolvida no processo. "Bode expiatório" aplica-se tecnicamente ao único estágio de cenário mutante - a pessoa é, em termos metafóricos, exclusiva da povoação. Afinal, o termo se origina de um antigo ritual hebraico em que um bode era solto no deserto depois que os pecados das pessoas estivessem situados, de forma simbólica, em sua cabeça. A pessoa diferente

pode começar como herói e transformar-se em vilão ou vice-versa. Existe um continuum positivo-negativo em que se pode ser classificado, dependendo do estágio do processo de alteração em observação, sejam quais forem seus graus de sequência e de estresse em um sistema social.

Dessa vez, o caráter do desviado pode variar em outro sentido, dependendo da forma em que esse grupo específico faz sua distribuição de papéis. Os tipos de sintomas que surgem nos membros de um grupo são por si só uma distribuição de papéis. Portanto, o desvio pode aparecer de muitas maneiras: o mascote, o palhaço, o coitado, o gênio vagabundo, a ovelha negra, o sábio, o santo, o idiota, o bobo, o impostor, o simulador, o ostentador, o vilão, etc. Tais personagens abundam na literatura e no folclore. (p. 58)

Perguntas a Serem Feitas à Família. Quem vocês procuram quando sentem necessidade de conversar? Que efeito tem sobre Maxine o fato de Ken ajudar no cuidado do bebê? Quando Maxine e Ken colaboram, em vez de competir, quem nota isso primeiro? Se Ken fosse mais responsável por iniciar o contato com os parentes quanto aos cuidados diários e de pajeir para Cherie, na sua opinião, como Maxine se sentiria?

Influência e poder

Essa subcategoria refere-se aos métodos para afetar os comportamentos de um indivíduo. Poder é a capacidade de uma pessoa ou grupo de regular os critérios pelos quais as diferentes visões da "realidade" são julgados e os recursos distribuídos. O poder lida com posições hierárquicas e igualitárias nos relacionamentos. Em um relacionamento hierárquico, uma pessoa pode estar numa posição um grau acima ou abaixo no relacionamento e pode ser dominante em um contexto e subordinada em outro. Em um relacionamento igualitário, há igualdade nos relacionamentos. Silverstein *et al.* (2006) descrevem um relacionamento hierárquico direcionado à posição como "focalizando as necessidades da pessoa dominante, que espera que a pessoa subordinada reprima os próprios pensamentos e sentimentos e conheça os da pessoa dominante, lidando com decisões a partir de uma posição de vantagem/desvantagem, e percebendo as próprias necessidades no contexto daquilo que é bom para a pessoa dominante" (p. 394). Em um relacionamento igualitário, eles descrevem uma negociação de tomada-lá-dá-cá das necessidades individuais, objetivos e desejos na expectativa de uma sintonia recíproca para as necessidades mútuas do relacionamento.

As questões de etnia e gênero são quase sempre entremeadas com questões de poder. Por exemplo, em muitos relacionamentos as mulheres tinham tendência a levantar questões e a afastar os homens na fase inicial da discussão, ao passo que estes controlavam o conteúdo e a profundidade emocional nas fases finais da discussão e em sua maioria dominavam o resultado. As alterações no poder são precedidas por mudanças na "realidade", uma expansão de perspectiva única para múltipla. Incentivamos

as enfermeiras a adotar uma visão de mundo pós-modernista por oferecer ideias úteis sobre como o poder e a "verdade" são construídos socialmente, constituídos pela linguagem, organizados e mantidos nas famílias e contextos culturais mais amplos.

Uma enfermeira que desconheça as diferenças de poder nos membros da família, no que se refere a papéis, sexo, economia ou classe social, pode inadvertidamente incentivá-los a posições de menos poder na aceitação de objetivos que diminuem esse poder e a restringir suas escolhas. Haddock, Zimmerman e MacPhee (2000) sugerem o uso do Guia de Igualdade de Poder para discutir com os membros da família áreas de poder e influência, tais como tomar decisões, trabalho, objetivos de vida e atividades, serviços domésticos, finanças e sexo.

A possibilidade de os membros da família contribuírem igualmente para problemas e compartilharem a responsabilidade na resolução é algo que a enfermeira pode propor para consideração. Acreditamos que o ponto de vista mais apropriado, em termos clínicos, em relação à noção de poder é dizer: o "Poder é...". Ele pode ser utilizado de modo positivo ou negativo, manifesto ou oculto, para aumentar ou diminuir as opiniões. Existem relações de poder entre os membros da família, profissionais de saúde e instituições. McGoldrick, Gerson e Petry (2008, p. 78) representaram um poder negativo e a pirâmide de controle que inclui oito níveis e combina racismo, heterossexualismo e sexualismo:

1. Isolamento, controlar com quem ela vai se encontrar, quando e onde.
2. Abuso sexual, abuso no toque, atos sexuais contra a vontade dela, ter casos amorosos, expô-la ao HIV.
3. Usar os filhos, ser abusivo, controlador, induzir culpa ou menos responsabilidade no que se refere a visitas, etc.
4. Abuso físico, bater, dar empurrões, sufocar, chutar, agarrar à força, etc.
5. Abuso econômico, controlar as finanças dela, não partilhar informações ou recursos financeiros, desafiar-la a cada compra.
6. Ameaças e intimidação, ameaçar machucá-la fisicamente, ameaçar cometer o suicídio, ter um caso amoroso, divorciar-se, denunciá-la à Assistência Social, tirar-lhe as crianças ou cortar o seu sistema de apoio emocional, causar medo com olhares, ações, destruir a propriedade, espreitá-la, dirigir o carro em alta velocidade.
7. Usar o *status* de imigração, usar o *status* de ela não ter documentos para ameaçá-la com deportação, perda dos filhos, de emprego, da assistência médica, etc.
8. Abuso emocional e uso do privilégio masculino, rebaixá-la, chamá-la por nomes, fazê-la pensar que está louca, fazer joguinhos psicológicos, negar-se a falar com ela, tratá-la como empregada, assumir o direito de tomar todas as decisões ou negligenciar deixando para "o segundo turno" as responsabilidades domésticas, tais como as tarefas domésticas e o cuidado das crianças.

Influência instrumental, poder ou controle referem-se ao uso de objetos ou privilégios (por exemplo, dinheiro, assistir à televisão, usar o computador ou o telefone, doces, férias, etc.). A influência psicológica ou poder refere-se ao uso de comunicação e sentimentos para influenciar o comportamento. São exemplos as diretrizes, os elogios, as críticas, as ameaças e a indução de culpa. O controle corporal refere-se ao contato corporal de fato, como abraçar, espancar, etc. É importante observar as influências positivas e negativas utilizadas na família, especialmente com crianças e idosos. Não é raro o abuso de idosos pelos cuidadores informais e, às vezes, formais.

Consideramos como preditores positivos mais importantes de adesão de crianças a consistência das regras de reforço da mãe, o incentivo para a ação madura, uso de gratificações psicológicas (elogio e aprovação) e brincadeiras com a criança. O preditor negativo mais importante é a quantidade de punição física. O elogio relaciona-se de modo positivo ao sucesso, ao passo que as punições física, verbal e psicológica são influências constrangedoras.

Perguntas a Serem Feitas à Família. Qual de seus pais tem mais jeito para dar o remédio a Nirmala? Quando Delvecchio domina a conversa, que efeito isso tem sobre Jamilett? Como sua mãe se sente com o jeito de seu padrasto disciplinar sua irmã? Se o seu padrasto fosse mais positivo com sua irmã Tiffany, o relacionamento com sua mãe poderia mudar de alguma forma? De quem são os interesses que mais se refletem nas principais decisões da família Veliz? Quem se ajusta mais ao outro, Gustavo ou Fines?

Crenças

Essa subcategoria refere-se a atitudes fundamentais, premissas, valores e pressupostos adotados pelos indivíduos e famílias. Nossas crenças são o projeto sobre o qual construímos nossas vidas e as entremos com as vidas dos outros. As famílias desenvolvem em conjunto uma ecologia de crenças que surgem de contextos de interações sociais e culturais (Wright e Bell, no prelo). Quando surge a doença, nossas crenças sobre saúde são desafiadas, ameaçadas ou afirmadas. Nos momentos de doença, as enfermeiras podem avaliar as crenças dos pacientes, membros da família ou até suas próprias crenças como constrangedoras ou facilitadoras. As crenças constrangedoras aumentam o sofrimento e diminuem as opções de solução de problemas; as crenças facilitadoras as aumentam (Wright e Bell, no prelo). O julgamento clínico da enfermeira, em colaboração com a família, é que estabelece quais as crenças determinadas a ser constrangedoras ou facilitadoras. Qualquer transação curativa envolve, pelo menos, três séries de crenças: as do paciente enfermo, as dos outros membros da família e as da enfermeira (Hougher, Limacher e Wright, 2006; Moules,

1998; Moules, Thirsk e Bell, 2006; Watson e Lee, 1993; Wright e Nagy, 1993; Wright e Simpson, 1991; Wright e Watson, 1988; Wright e Bell, no prelo). Cousins (1979) ofereceu a acerba ideia de que aquilo que pensamos é, de todas as opções, a mais poderosa.

As crenças e o comportamento estão ligados de maneira intrincada. Cada ação e cada escolha das famílias e dos indivíduos desenvolve-se a partir de nossas crenças. Consequentemente, as crenças moldam a maneira de adaptação das famílias às doenças crônicas e potencialmente fatais. Por exemplo, se uma família acredita que o melhor tratamento para o câncer de cólon é a abordagem não tradicional, é bem razoável que procurem a acupuntura. Como a tendência de nossa cultura norte-americana é a de empregar um paradigma de controle sobre sintomas (é bom manter o controle e péssimo perdê-lo), é muito válido que as enfermeiras explorem as crenças dos membros da família e o controle dos seus sintomas.

As crenças estão interligadas de maneira complexa aos contextos familiares e socioeconômicos. A pesquisa de Corbet-Owen e Kruger (2001) verificou que o significado da gravidez para as mulheres em seu estudo não só determinava o significado da perda de sua gravidez, mas também causava impacto sobre suas necessidades emocionais no momento da perda. Por exemplo, se a mãe estivesse muito feliz com a gravidez, sentindo-se arrasada com o aborto, então suas necessidades emocionais seriam drasticamente diferentes daquelas de outra mãe que não desejava estar grávida e se sentiu aliviada com o aborto. Os sentimentos sobre a perda da gravidez variaram desde sentimentos devastadores até o alívio.

Em outro exemplo, um pai de 51 anos de duas garotas adolescentes escreveu para a enfermeira a respeito de suas crenças em relação à dor crônica:

Acho que cada pessoa tem um limiar de dor diferente. A cada dia tento dissociar a dor... Tento "mergulhar" em meu trabalho e minha vida. Nem sempre sou bem-sucedido... mas tento o máximo possível. Por quê? É por causa de minha família, amigos e fé (sentimental, não é? Mas é verdade). Acho que você tem que descobrir o que é importante em sua vida e deixar que isso motive, mais terrível do que isso seria dizer que sempre ocorrem pensamentos de "acabar com tudo"... mas então o pensamento da tristeza em deixar para outros aquilo que se ama... o faz seguir em frente. Acho realmente que a chave é encontrar algo importante como um ponto de partida, e deixar que o combustível que o mantém motivado o faça realizar as coisas de que gosta. Gostaria de poder lhe dizer mais coisas... É a luta do dia a dia.

Wright e Bell (no prelo) sugeriram que as crenças mais relevantes a explorar com os pacientes e suas famílias são: crenças em etiologia, diagnóstico, cura e tratamento, espiritualidade e religião, domínio e controle, papéis dos membros da família e dos profissionais de saúde.

O Quadro 3.3 apresenta uma lista das áreas para exploração das enfermeiras em sua avaliação das crenças da família sobre o problema de saúde. **Perguntas a Serem Feitas à Família.** O que você acredita ser a causa de seu diabetes? Até que ponto acha que sua família controla a dor crônica? E em que medida a dor crônica controla sua família? Que o efeito, caso exista, teria a dor crônica se você e sua esposa concordassem com o tratamento? Quem você acredita que está sofrendo mais em sua família em função das mudanças na vida familiar por causa da esclerose múltipla? O que você considera mais proveitoso no item oferecido pelos profissionais de saúde, no sentido de ajudá-lo a enfrentar o sofrimento decorrente de fibromialgia? Qual o item menos proveitoso? Alguma de suas crenças budistas o ajudou a enfrentar a trágica perda de seu filho?

Alianças e uniões

Essa subcategoria concentra-se na orientação, no equilíbrio e na intensidade dos relacionamentos entre os membros da família ou entre famílias e enfermeiras. Os termos *complementar* e *simétrico* são empregados para descrever o relacionamento a dois (ver Cap. 2). Outro termo comumente utilizado para distinguir um relacionamento entre três pessoas é *triângulo*, cunhado pela primeira vez por Murray Bowen (1978), psiquiatra e terapeuta da família, que explica:

Quadro 3.3 - Crenças sobre problemas de saúde

- Crenças sobre:
 - Diagnóstico
 - Etiologia
 - Prognóstico
 - Cura e tratamento
 - Domínio, controle e influência
 - Religião e espiritualidade
 - Lugar da doença nas vidas e nos relacionamentos
 - Papel dos membros da família
 - Papel dos profissionais de saúde
- Influência da família no problema de saúde
 - Utilização de recursos
 - Interna (para a família)
 - Externa
 - Medicação e tratamento
- Influência do problema de saúde sobre a família
 - Resposta do paciente à doença
 - Respostas dos membros da família ao problema de saúde
 - Dificuldades e mudanças observadas em relação ao problema de saúde
- Pontos fortes relacionados ao problema de saúde atual
- Preocupações em relação ao problema de saúde do momento

Adaptado de Family Nursing Unit records. Faculty of Nursing, University of Calgary, Calgary, Alberta.

O relacionamento de duas pessoas é instável por apresentar baixa tolerância à ansiedade e ser facilmente perturbado por suas forças emocionais e por forças externas a elas. Quando aumenta a ansiedade, o fluxo emocional de duas pessoas se intensifica e o relacionamento se torna desconfortável. Quando a intensidade atinge um certo nível, é previsível e automático que esse relacionamento envolva uma terceira pessoa vulnerável em termos emocionais. O relacionamento das duas pessoas pode "se estender" e atrair outra pessoa, as emoções podem "transbordar" para a terceira pessoa, ou esta pode estar programada emocionalmente para iniciar o envolvimento. Com o envolvimento da terceira pessoa, diminui o nível de ansiedade. É como se a ansiedade se diluísse, à medida que se desloca de um para o outro dos três relacionamentos no triângulo. O triângulo é mais estável e flexível do que o relacionamento de duas pessoas. Ele apresenta uma tolerância muito maior à ansiedade, sendo capaz de manipular uma razoável porcentagem dos estresses da vida. (p. 400)

978-85-4120-003-5

A maioria dos relacionamentos familiares é organizada em torno de três pessoas ou triângulos. As alianças triangulares podem ou não ser úteis. Aprendemos que, em famílias de veteranos de guerra que sofrem de distúrbio do estresse pós-traumático, algumas vezes o veterano forma um triângulo com um companheiro morto sem o conhecimento da esposa. Com o retorno dos soldados da guerra do Iraque ou do Afeganistão, o impacto contínuo de suas alianças militares pode ser uma área útil para a enfermeira explorar, se a família tiver dificuldade para se realinhar como uma unidade. Dias agitados, relacionamentos fragmentados e frascos de pílulas que ajudam em alguns tipos de dor, mas não em todos, costumam ser referidos por essas famílias. Os relacionamentos não são unidirecionais, ainda que o membro do triângulo seja um bebê ou um idoso, ou alguém com uma incapacidade. A intensidade de cada relacionamento e a quantidade total de interação são, em geral, razoavelmente equilibradas. Se um relacionamento se torna mais intenso, um ou dois se tornam menos intensos. Além disso, se alguém de um relacionamento entre três pessoas se retira, os outros dois se tornam mais íntimos.

Acreditamos ser importante para a enfermeira observar o grau de flexibilidade e fluidez na família, à medida que seus membros se ajustam a novas chegadas, morte ou doença. Os achados do estudo conduzido por Fivaz-Depeursinge e Favez (2006), sobre triangulação na infância, amparam essa noção e oferecem ideias para intervenção. Por exemplo, se o pai age de forma intrusiva enquanto brinca com o seu bebê, este quase sempre se afasta e se volta para a mãe. Os autores verificaram que a regulação desse padrão de intrusão-fuga em nível familiar depende da aliança entre o casal. Quando a copaternidade é de apoio, a mãe valida o pedido de ajuda do bebê sem se interpor com o pai. Assim, o padrão problemático é contido dentro da díade pai-bebê. Se a copaternidade for hostil/competitiva, a mãe

ignora o pedido do bebê ou participa com ele de modo a interferir na brincadeira com o pai. Nesse caso, ocorre a triangulação e a tensão é diminuída, mas tem um custo. A enfermeira pode identificar esses padrões com o casal e então colaborar com eles para planejar intervenções eficazes.

Quando as enfermeiras avaliam essa subcategoria funcional de alianças e uniões, devem estar cientes de sua interligação com as categorias estruturais e de desenvolvimento. A subcategoria estrutural de limites é uma parte importante da subcategoria de aliança ou união. O limite define quem faz parte ou não do triângulo. Evidentemente, existem muitos triângulos e muitas alianças e uniões deslocadas dentro das famílias. Entretanto, para a enfermeira e para a família, é preciso observar se estes são problemáticos ou enriquecedores.

Rolland (1999) oferece um exemplo do que pode acontecer inadvertidamente em uma família se a doença de um paciente for vista como "seu problema" *versus* "nosso desafio". Se a condição se tornar definida como o problema do paciente afetado, surge uma divisão fundamental entre o paciente, o devido parceiro e outros membros da família. Ao introduzir o conceito de "nosso desafio" logo de início, a enfermeira "oferece uma oportunidade para todos os membros da família examinarem as crenças culturais e de múltiplas gerações sobre direitos e privilégios de bons e maus membros da família" (p. 258). Um exemplo alternativo de união positiva é quando os membros da família se unem para ajudar outro a parar de fumar ou beber. Coletivamente, eles expressam ao indivíduo suas preocupações e sua intenção de lhe dar apoio e ajuda.

Temos observado que as uniões cruzadas entre gerações coincidem, às vezes, com um comportamento sintomático. Hoffman (1981) nos deu um excelente exemplo de padrão de deslocamento de processos triádicos cruzados entre gerações. O padrão focaliza-se em torno de um comportamento impróprio de um jovem:

Estágio um: *a mãe tenta persuadir, o filho recusa-se a obedecer, a mãe ameaça contar ao pai (pai-mãe contra o filho)*. Estágio dois: *quando o pai volta para casa, a mãe lhe conta como o mau filho se comportou e o pai o manda para o quarto sem jantar. A mãe dissimula, após o pai sair da mesa, e leva um prato com um pouco de comida para o filho (mãe-filho contra o pai)*. Estágio três: *quando, posteriormente, o filho desce do quarto, o pai, tentando se reconciliar, oferece parceria com ele em um jogo que a mãe proibiu expressamente, por deixá-lo muito excitado antes de dormir (pai-filho contra a mãe)*. Estágio quatro: *a mãe repreende o pai por isso; o filho, superexcitado de fato, tem um acesso de raiva e é mandado para a cama; retornando o triângulo original (mãe-pai contra o filho)*. (p. 32)

Além de observar a ligação entre a subcategoria estrutural de limites e a funcional de alianças e uniões, as enfermeiras devem ter conheci-

mento da interligação entre a subcategoria de desenvolvimento de vínculos afetivos. Os vínculos afetivos de uma família, ou os laços emocionais subjacentes, que têm uma qualidade estável ou durável, são semelhantes às alianças porque ambas implicam em uniões. A tendência dos vínculos afetivos é ser diferentes das uniões; entretanto, as últimas implicam em um alinhamento entre dois membros, ficando um terceiro dividido ou em oposição.

Perguntas a Serem Feitas à Família. Quando Demi e Tyson discutem, quem tem maior probabilidade de entrar na briga? Se as crianças estiverem brincando muito bem juntas, quem provavelmente chegaria e começaria a brigar com elas? Quem iria *parar* a briga? Qual o impacto que o tumor cerebral de Don causou no sentido de aproximar ou afastar mais os membros da família?

Conclusão

O MCAF, um modelo muito abrangente e inclusivo de avaliação familiar, não precisa ser esmagador, se visto como um "mapa da família" sob as perspectivas de observador da enfermeira e da família. O modelo proporciona uma estrutura que pode ser desenhada quando a enfermeira e a família discutem os problemas. A enfermeira pode utilizar as três principais categorias (estrutural, de desenvolvimento e funcional) para obter uma macroavaliação dos pontos fortes e problemas da família. Dependendo de seu nível de confiança e competência, ela pode fazer uma microavaliação e explorar em detalhes as áreas específicas de funcionamento familiar. Em qualquer situação, precisa ter capacidade de reunir todas as informações em uma avaliação integrada. Ao fazer isso, ela sintetiza as informações e não é impedida pela complexidade. É insuficiente focalizar-se nas dificuldades da família, no sentido de solucionar problemas, quando não se conhece sua estrutura específica. Além disso, se a enfermeira se concentrar em demasia na história anterior de desenvolvimento, pode vir a ignorar questões importantes do funcionamento atual. Naturalmente, a história passada não pode ser ignorada. Contudo, esta deve ser integrada apenas na medida em que ajude a explicar o funcionamento atual.

Depois de concluída uma avaliação minuciosa, a enfermeira e a família podem então determinar se a intervenção é ou não necessária. Entretanto, ressaltamos que a conclusão de uma avaliação familiar, com o uso do MCAF, não significa que agora a enfermeira ou a família possui a "verdade" sobre o funcionamento da família relacionado ao problema de saúde ou preocupação. Ao contrário, ambas têm sua própria avaliação integrada proveniente de suas "perspectivas de observador".

REFERÊNCIAS

- Aarons, G.A., et al. (2007). Assessment of family functioning in Caucasian and Hispanic Americans: Reliability, validity, and factor structure of the Family Assessment Device. *Family Process*, 46(4), 557-569.
- Ahrons, C.R. (1999). Divorce: An unscheduled family transition. In B. Carter e M. McGoldrick (Eds.), *The expanded family life cycle: Individual, family, and social perspectives* (3rd ed.) (pp. 381-98). Boston: Allyn & Bacon.
- Ahrons, C.R. (2006). Long-term effects of divorce on children. *Family Therapy Magazine*, 5(1), 24-27.
- Ahrons, C.R. (2007). Family ties after divorce: Long-term implications for children. *Family Process*, 46(1), 53-65.
- Ahrons, C.R., e Rodgers, R.H. (1987). *Divorced families: A multidisciplinary developmental view*. New York: Norton.
- American Academy of Pediatrics (2002). *Technical report: Coparent or second-parent adoption by same-sex parents*. <http://www.aap.org/policy/020008t.html>
- Anderson, C.M. (2003). The diversity, strengths, and challenges of single-parent households. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes: growing diversity and complexity* (3rd ed.) (pp. 121-152). New York: Guilford Press.
- Ault-Rich, M. (1986). A feminist critique of five schools of family therapy. *Family Therapy Collections*, 16, 1-15.
- Baum, N. (2003). Divorce process variables and the co-parental relationship and parental role fulfillment of divorced parents. *Family Process*, 42(1), 117-131.
- Baum, N. (2006). Postdivorce paternal disengagement: Failed mourning and role fusion. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32(2), 245-254.
- Becvar, D.S. (2001). *In the presence of grief: Helping family members resolve death, dying, and bereavement issues*. New York: Guilford Press.
- Becvar, D.S. (2003). Introduction to the special section: Death, dying, and bereavement. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(4), 437-438.
- Berger, R. (1998). *Stepfamilies: A multi-dimensional perspective*. New York: Haworth Press.
- Boss, P.G. (2002). Ambiguous loss: Working with families of the missing. *Family Process*, 41(1), 14-17.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. *British Journal of Psychiatry*, 130, 201-210.
- Bovse, B.P., et al. (2003). Death in the family and HIV risk-taking among intravenous drug users. *Family Process*, 42(2), 291-304.
- Brown-Strandridge, M.D., e Floyd, C.W. (2000). Healing bittersweet legacies: Revisiting contextual family therapy for grandparents raising grandchildren in crisis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26(2), 185-197.
- Carter, B., e McGoldrick, M. (Eds.) (1988). *The changing family life cycle: A framework for family therapy* (2nd ed.). New York: Gardner Press.
- Carter, B., e McGoldrick, M. (1999). The divorce cycle: A major variation in the American family life cycle. In B. Carter e M. McGoldrick (Eds.), *The expanded family life cycle: Individual, family, and social perspectives* (3rd ed.) (pp. 373-380). Boston: Allyn & Bacon.
- Carter, B., e McGoldrick, M. (Eds.) (1999a). *The expanded family life cycle: Individual, family, and social perspectives* (3rd ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Carter, B., e McGoldrick, M. (1999b). Overview: The expanded family life cycle: Individual, family, and social perspectives. In B. Carter e M. McGoldrick (Eds.), *The expanded family life cycle: Individual, family, and social perspectives* (3rd ed.) (pp. 1-26). Boston: Allyn & Bacon.
- Clark, P., Thigpen, S. e Yates, A.M. (2006). Integrating the older/special needs adoptive child into the family. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32(2), 181-194.
- Clawson, J., e Ganong, L. (2002). Adult stepchildren's obligations to older stepparents. *Journal of Family Nursing*, 8(1), 50-72.
- Connolly, M. (2006). Up front and personal: Confronting dynamics in the family group conference. *Family Process*, 45(3), 345-357.
- Corbet-Owen, C., e Kruger, L. (2001). The health system and emotional care: Validating the many meanings of spontaneous pregnancy loss. *Families, Systems & Health*, 19(4), 411-427.
- Cousins, N. (1979). *Anatomy of an illness as perceived by the patient: Reflections on healing and regeneration*. New York: Bantam Books.
- Daily Almanac (November 22, 2007). *Marriages and divorces, 1900-2005, U.S. statistics*. www.info-please.com/ipa/A0005044.html accessed 11/22/07.
- Dolbin-Macnab, M.L., e Rausch, D.T. (2006). Egg and sperm donors: The role of marriage and family therapists in third-party reproduction. *Family Therapy Magazine*, 5(1), 24-29.
- Duhamel, E., e Campagna, L. (2000). *Family genograph*. Montreal: Université de Montreal, Faculty of Nursing. Disponível em: www.familynursingresources.com.
- Duvall, E.R. (1977). *Marriage and family development* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Egan, J. (2002, March 24). The hidden lives of homeless children. *The New York Times Magazine*, Section 6, pp. 32-37, 58-59.
- Epstein, H. (2003, October 12) Enough to make you sick? *The New York Times Magazine*, Section 6, pp. 75-81.
- Epstein, N., Bishop, D., e Levin, S. (1978). The McMaster model of family functioning. *Journal of Marriage and Family Counseling*, 4, 19-31.
- Epstein, N., Sigal, J., e Rakoff, V. (1968). *Family categories schema* [Manuscrito não publicado]. Jewish General Hospital, Department of Psychiatry, Montreal.
- Erickson, E. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.). New York: Norton.
- Falicov, C. (2003). Immigrant family processes. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes: Growing diversity and complexity* (3rd ed.) (pp. 280-300). New York: Guilford Press.
- Falicov, C.J. (2007). Working with transnational immigrants: Expanding meanings of family, community, and culture. *Family Process*, 46, 157-171.
- Fein, E.B. (1998, October 24). Secrecy and stigma no longer clouding adoptions. *The New York Times*, Section 1, p. 1.
- Fekete, E.M., et al. (2007). Couples' support provision during illness: The role of perceived emotional responsiveness. *Families, Systems & Health*, 25(2), 204-217.
- Fields, J. (2003). Children's living arrangements and characteristics: March 2002. U.S. Census Bureau, P20-547.
- Fields, J., e Casper, L.M. (2001). *America's families and living arrangements: Population characteristics*. U.S. Dept. of Commerce. U.S. Census Bureau, P20-537. Fivaz-Depeursinge, E., e Favez, N. (2006). Exploring triangulation in infancy: Two contrasted cases. *Family Process*, 45(1), 3-18.
- Fraenkel, P. (2006). Engaging families as experts: Collaborative family program development. *Family Process*, 45(2), 237-257.
- Friedman, M.M., Bowden, V.R., e Jones, E.G. (2003). *Family nursing: Research, theory and practice* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Fruhauf, C.A., e Aberle, J.T. (2007). Women caring for partners with dementia: A contextual model. In *The therapists notebook for family health care* (pp. 157-165). New York: Haworth Press.
- Fulkerson, J.A., et al. (2007). Correlates of psychosocial well-being among overweight adolescents: The role of the family. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1), 181-186.
- Furrow, J., e Palmer, G. (2007). EFFT and blended families: Building bonds from the inside out. *Journal of Systemic Therapies*, 26(4), 44-58.
- Goldner, V. (1985). Feminism and family therapy. *Family Process*, 24(1), 31-47.
- Greene, S.M., Anderson, E.R., Hetherington, E.M., Forgatch, M.S., e DeGarmo, D.S. (2003). Risk and resilience after divorce. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes: Growing diversity and complexity* (3rd ed.) (pp. 96-120). New York: Guilford Press.
- Haddock, S.A., Zimmerman, T.S., e Lyness, K.P. (2003). Changing gender norms. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes: Growing diversity and complexity* (3rd ed.) (pp. 301-336). New York: Guilford Press.
- Haddock, S.A., Zimmerman, T.S., e MacPhee, D. (2000). The Power Equity Guide: Attending to gender in family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26(2), 153-170.
- Hagestad, G.O. (1988). Demographic change and the life course: Some emerging trends in the family realm. *Family Relations*, 37, 405-410.
- Haglund, K. (2000). Parenting a second time around: An ethnography of African American grandmothers parenting grandchildren amid parental cocaine abuse. *Journal of Family Nursing*, 6(2), 120-135.
- Haley, J. (1977). *Toward a theory of pathological systems*. In P. Watzlawick e J.H. Weakland (Eds.), *The interactional view*. New York: Norton.

- Harburg, E., Kaciroti, N., e Gleiberman, L. (2008). Marital pair anger coping types may act as an entity to affect mortality: Preliminary findings from a prospective study. *Journal of Family Communication*, 8(1), 44-61.
- Hardy, K.V. (1990). Much more than techniques needed in treating minorities. *Family Therapy News*.
- Hartman, A. (1978). Diagrammatic assessment of family relationships. *Social Casework*, 59, 465-476.
- Haskell, K. (2003, November 30). When grandparents step into the child care gap, money can be scarce. *The New York Times*, Section 1, p. 29.
- Hawley, D.R., & DeHaan, L. (1996). Toward a definition of family resilience: Integrating life-span and family perspectives. *Family Process*, 35(3), 283-298.
- Hill, M.R., e Thomas, V. (2002). Racial and gender identity development for black and white women in heterosexual partner relationships. *Journal of Couple and Relationship Therapy*, 1(4), 1-35.
- Hiott, A., et al (2006). Gender differences in anxiety and depression among immigrant Latinos. *Families, Systems & Health*, 24(2), 137-146.
- Hoff, A.L., et al (2005). An intervention to decrease uncertainty and distress among parents of children newly diagnosed with diabetes: A pilot study. *Families, Systems & Health*, 23(3), 329-342.
- Hoffman, L. (1981). *Foundations of family therapy*. New York: Basic Books.
- Hougher Limacher, L., & Wright, L.M. (2006) Exploring the therapeutic family intervention of commendations: Insights from research. *Journal of Family Nursing*, 12(3), 307-331.
- Kaufman, M.T. (2002, September 8). Face it: Your looks are revealing. *New York Times*, Section IV, p. 3.
- Kelly, J.B. (2007). Children's living arrangements following separation and divorce: Insights from empirical and clinical research. *Family Process*, 46(1), 35-52.
- Knaf, K.A., & Deatrick, J.A. (2006). Family management style and the challenge of moving from conceptualization to measurement. *Journal of Oncology Nursing*, 23(1), 12-18.
- LaSala, M.C. (2002). Walls and bridges: How coupled gay men and lesbians manage their inter-generational relationships. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28(3), 327-339.
- Levac, A.M.C., Wright, L.M., e Leahey, M. (2002). Children and families: Models for assessment and intervention. In J.A. Fox (Ed.), *Primary Health Care of Infants, Children, and Adolescents* (2nd ed.) (pp. 10-19). St. Louis: Mosby.
- Lewinsohn, M.A., e Werner, P.D. (1997). Factors in Chinese marital process: Relationship to marital adjustment. *Family Process*, 36(1), 43-61.
- Linville, D., & Lyness, A.P. (2007). Twenty American families' stories of adaptation: Adoption of children from Russian and Romanian institutions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(1), 77-93.
- Lonczak, H.S., et al (2007). Family structure and substance use among American Indian youth: A preliminary study. *Families, Systems & Health*, 25(1), 10-22.
- Long, J.K., e Andrews, B.V. (2007). Fostering strength and resiliency in same-sex couples: An overview. *Journal of Couple and Relationship Therapy*, 6(1/2), 153-165.
- Lyken, D.T. (2006). The heritability of happiness. *Family Therapy Magazine*, 5(6), 18-21.
- Maturana, H.P., e Varela, F. (1992). *The tree of knowledge: The biological roots of human understanding*. Boston: Shambhala Publications, Inc.
- McGoldrick, M., e Carter, B. (2003). The family life cycle. In E. Walsh (Ed.), *Normal family processes: Growing diversity and complexity* (3rd. ed.) (pp. 375-398). New York: Guilford Press.
- McGoldrick, M., Gerson, R., e Petry, S. (2009). *Genograms: assessment and intervention* (3rd ed.). New York, WW Norton & Company.
- McNally, R.J., Bryant, R.A., e Ehlers, A. (2003). Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress? *Psychological Science in the Public Interest*, 4(2), 45-79.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Moulton, N.J. (1996). Legitimizing grief: Challenging beliefs that constrain. *Journal of Family Nursing*, 2(2), 138-142.
- Modes, N.J., Thirsk, L.M., e Bell, J.M. (2006). A Christmas without memories: Beliefs about grief and mothering - A clinical case analysis. *Journal of Family Nursing*, 12(4), 426-441.
- Nolan, K.W., Orlando, M., e Liptak, G.S. (2007). Care coordination services for children with special health care needs: Are we family-centered yet? *Families, Systems & Health*, 25(3), 293-306.
- Penn, M.J., e Zalesne, E.K. (2007). *Microtrends: The small forces behind tomorrow's big changes*. New York: 12, Hachette Book Group USA.
- Petren, S., et al. (2005). Intergenerational transmission of marital quality across the transition to parenthood. *Family Process*, 44, 441-479.
- Post, S., e Neimark, J. (2007). *Why good things happen to good people*. New York: Broadway Books.
- Reitz, M., e Watson, K.W. (1992). *Adoption and the family system*. New York: Guilford Press.
- Rempel, G.R., Neufeld, A., e Kushner, K.E. (2007). Interactive use of genograms and ecomaps in family caregiving research. *Journal of Family Nursing*, 13(4), 403-419.
- Robinson, C.A. (1998). Women, families, chronic illness, and nursing interventions: From burden to balance. *Journal of Family Nursing*, 4(3), 271-290.
- Rolland, J.S. (1999). Parental illness and disability: A family systems framework. *Journal of Family Therapy*, 21(3), 242-267.
- Rolland, J.S., e Williams, J.K. (2005). Toward a biopsychosocial model for 21st century genetics. *Family Process*, 44, 1, 3-24.
- Rovers, M.W. (2006). Overview of attachment theory: A continuous thread. *Family Therapy Magazine*, 5(5), 8-11.
- Saluter, A.E., e Lugaila, T.A. (1998). *Marital status and living arrangements: March 1996*. U.S. Dept. of Commerce, U.S. Census Bureau, Current Population Reports, Population Characteristics, P20-496, pp. 1-6.
- Samir, Y. (2002, October 27). I stand alone. *The New York Times Magazine*, Section 6, p. 98. Frameworks for Practice. Geneva: International Council of Nurses.
- Schober, M., e Affara, F. (2001). *The family nurse: Frameworks for practice*. Geneva: International Council of Nurses.
- Selvini-Palazzoli, M., et al. (1980). Hypothesizing circularity-neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 39(3), 3-12.
- Sherhoff, M. (2006). Negotiated monogamy and male couples. *Family Process*, 45(4), 407-418.
- Silverstein, R., et al. (2006). What does it mean to be relational? A framework for assessment and practice. *Family Process*, 45(4), 391-405.
- Smith, K. (2000). *Who's minding the kids? Child care arrangements*. Fall 1995. U.S. Census Bureau, P70-70.
- Stein, J.A., Rotheram-Borus, M., e Lester, P. (2007). Impact of parentification on long-term outcomes among children of parents with HIV/AIDS. *Family Process*, 46(3), 317-333.
- Stepfamily Association of America. (2003). *Stepfamily facts*. Acesso em: July 23, 2003, at www.safamilies.org/faqs/index.htm.
- Suarez-Orozco, C., Todorova, I.L., e Louie, J. (2002). Making up for lost time: The experience of separation and reunification among immigrant families. *Family Process*, 41(4), 625-643.
- Suro, R. (1991). The new American family: Reality is wearing the pants. *The New York Times*, Section 4, p. 2.
- Toman, W. (1976). *Family constellation: Its effects on personality and social behavior* (3rd ed.). New York: Springer.
- Toman, W. (1988). Basics of family structure and sibling position. In M.D. Kahn e K.G. Lewis (Eds.), *Siblings in therapy: Life span and clinical issues* (pp. 46-65). New York: Norton.
- Tomm, K. (1977). *Tripartite family assessment* [Manuscript não publicado]. University of Calgary, Alberta.
- Tomm, K. (1980). Towards a cybernetic-systems approach to family therapy at the University of Calgary. In D.S. Freeman (Ed.), *Perspectives on family therapy* (pp. 3-18). Toronto: Butterworths.
- Tomm, K., e Sanders, G. (1983). Family assessment in a problem oriented record. In J.C. Hansen e B.F. Keeney (Eds.), *Diagnosis and assessment in family therapy* (pp. 101-22). London: Aspen Systems Corporation.
- Tubbs, C.Y., Roy, K.M., e Burton, L.M. (2005). Family ties: Constructing family time in low-income families. *Family Process*, 44(1), 77-91.
- United States Census Bureau (2002). *Number of foreign-born up 57 percent since 1990, according to Census 2000*. U.S. Department of Commerce News, Washington, DC, CB02-CN.117.
- United States Census Bureau (2007a). *African Americans by the numbers*. Daily Almanac. www.infoplease.com/spot/bhmcensus.html. Acesso em 11/22/07.
- United States Census Bureau (2007b). *Hispanic Americans by the numbers*. Daily Almanac. www.infoplease.com/spot/hhmcensus.html. Acesso em 11/22/07.
- United States Census Bureau (2007c). *Median age at first marriage*. Daily Almanac. www.infoplease.com/ipa/A0005061.html. Acesso em 11/22/07.
- United States Census Bureau (2007d). *Percent never married*. Daily Almanac. www.infoplease.com/ipa/A0763219.html. Acesso em 11/22/07.

- USA Today. (2003, August 5). Gay marriage debate clouds real issue of equal treatment. *USA Today*, p. 10A.
- Visher, E.B., Visher, J.S., e Pasley, K. (2003). Remarriage families and stepparenting. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes: Growing diversity and complexity* (3rd ed.) (pp. 153-175). New York: Guilford Press.
- Walsh, F. (1999). Religion and spirituality: Wellsprings for healing and resilience. In F. Walsh (Ed.), *Spiritual resources in family therapy* (pp. 3-27). New York: Guilford Press.
- Watson, W.L., e Lee, D. (1993). Is there life after suicide? The systemic belief approach for "survivors" of suicide. *Archives of Psychiatric Nursing*, 7(1), 37-43.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., e Jackson, D.D. (1967). *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. New York: Norton.
- Weingarten, K. (2000). Using the internet to build social support: Implications for well-being and hope. *Families, Systems & Health*, 18(2), 157-160.
- Westley, W.A., e Epstein, N.B. (1969). *The silent majority: Families of emotionally healthy college students*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Wright, L.M. (2005). *Spirituality, suffering, and illness: Ideas for healing*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Wright, L.M., e Bell, J.M. (in press). *Beliefs and illness: A model to invite healing*. Calgary, AB: 4th Floor Press.
- Wright, L.M., e Nagy, J. (1993). Death: The most troublesome family secret of all. In E. Imber-Black (Ed.), *Secrets in families and family therapy* (pp. 121-137). New York: Norton.
- Wright, L.M., e Simpson, P. (1991). A systemic belief approach to epileptic seizures: A case of being spellbound. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 13(2), 165-180.
- Wright, L.M., e Watson, W.L. (1988). Systemic family therapy and family development. In C.J. Falicov (Ed.), *Family transitions: Continuity and change over the life cycle* (pp. 407-30). New York: Guilford Press.
- Wright, L.M., Watson, W.L., e Bell, J.M. (1990). The family nursing unit: A unique integration of research, education, and clinical practice. In L.M. Wright e J.M. Bell (in press). *Beliefs and illness: A model for healing*. Calgary, AB: 4th Floor Press.