

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

O USO DO GENOGRAMA E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE FAMÍLIAS DE ALTO
RISCO DE UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

RODRIGO WILSON DE SOUZA

UBERABA / MINAS GERAIS

2011

RODRIGO WILSON DE SOUZA

O USO DO GENOGRAMA E A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE FAMÍLIAS DE
ALTO RISCO DE UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização em
Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais, para
obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Cibele Alves
Chapadeiro

UBERABA / MINAS GERAIS

2011

RODRIGO WILSON DE SOUZA

O USO DO GENOGRAMA E A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE FAMÍLIAS DE
ALTO RISCO DE UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso
apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica
em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais,
para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Cibele Alves Chapadeiro

Banca Examinadora

Prof^a. Cibele Alves Chapadeiro (Orientadora)

Prof^a. Fernanda Magalhães Duarte Rocha

Aprovada em Belo Horizonte, ____/____/____.

Dedico este trabalho aos meus pais e irmãos, por serem os principais incentivadores na busca do saber.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus; “Senhor, se hoje percorro este caminho é porque Vós o trilhastes para mim”.

À professora orientadora Cibele Alves Chapadeiro, meus sinceros agradecimentos pelos ensinamentos, pela paciência e compreensão durante esta jornada. A sua contribuição foi fundamental para a construção deste trabalho. Muito obrigado pelas experiências compartilhadas, o tempo vivido, o carinho e a atenção!

As tutoras Fernanda Carolina e Cláudia Rangel, obrigado pelo apoio, presteza e incentivo depositados, durante a realização deste curso...

Ao PSF Tiradentes, das suas portas, sempre abertas, levarei mais do que conhecimento bruto, pois aprendi a ter pensamento crítico e mente aberta, para discernir o verdadeiro papel do profissional da saúde quanto às reais necessidades sociais. Muito obrigado pelas oportunidades!

As amigas e companheiras dos encontros presenciais, Carla, Leandra e Natália, pela convivência diária das viagens, dos lanches, dos almoços, das atividades do portfólio, das boas conversas e do apoio prestado nos momentos difíceis. Sentirei saudades!

Meu eterno carinho, àqueles que compreenderam meus erros, vibraram com as minhas vitórias e confiaram em meu trabalho.

Obrigado!

RESUMO

O genograma é uma ferramenta importante dentro do contexto da Estratégia Saúde da Família, pois pode orientar as condutas multidisciplinares dos profissionais envolvidos e garantir uma atenção integral ao indivíduo e à família. Este trabalho teve como objetivo analisar e comparar a classificação de alto risco e o genograma de famílias, realizados em uma Estratégia de Saúde da Família do município de Araxá/MG. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa por meio de análise de dados secundários. Foram avaliadas oito famílias classificadas como de alto risco segundo padrões de classificação do Plano Diretor de Atenção Primária de Minas Gerais. Os resultados mostram a necessidade de melhorias na elaboração e padronização do genograma, bem como da importância da relação das informações da classificação de risco das famílias.

Palavras-chave: programa saúde da família – família - genograma

ABSTRACT

The genogram is an important tool within the context of the Family Health Strategy, because it can guide the multidisciplinary professionals work process and ensure comprehensive care to individuals and families. This study aimed to analyze and compare the classification of high risk families and genogram, held in a Family Health Strategy of the municipality of Araxá/MG. It is a descriptive study with a quantitative and qualitative approach through analysis of secondary data. We assessed eight families classified as high risk second-grade standards of the Master Plan for Primary Care of Minas Gerais. The results showed the need for improvements in the development and standardization of the genograms as well as the importance of the information regarding the family risk classification.

Keywords: Family Health Program – family - genogram

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
2 JUSTIFICATIVA	13
3 OBJETIVOS	14
3.1 Objetivo Geral	14
3.2 Objetivos Específicos	14
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	15
5 RESULTADOS	16
6 DISCUSSÃO	21
7 CONCLUSÃO	22
REFERÊNCIAS	23
ANEXO	25

1. Introdução

Diante dos vários campos de atuação da enfermagem; a saúde da família despertou-me interesse desde a época da graduação, quando realizei a disciplina curricular, as práticas de campo e estágios supervisionados de saúde pública, onde tive oportunidade de conhecer e fascinar-me pela atuação do profissional enfermeiro na saúde da família.

Sendo assim, vi na atuação do enfermeiro de saúde da família a oportunidade de trabalhar com a prevenção e promoção da saúde, entendendo as multidimensões humanas e compreendendo o processo saúde doença.

Ao término da graduação no ano de 2007, comecei a trabalhar em uma Unidade de Saúde da Família Rural no município de Rio Paranaíba, MG. A experiência na saúde da família me proporcionou um interesse ainda maior pela atenção básica, sendo que em 2009 fui convidado a atuar como coordenador das equipes de saúde da família do município de Rio Paranaíba, MG. Neste período, Rio Paranaíba contava com três equipes de saúde da família, sendo uma rural e duas urbanas, atingindo 100% de cobertura no município.

Dentro deste contexto, busquei aprimorar meus conhecimentos sobre a saúde da família e gerenciamento de serviços de saúde. E nesta perspectiva, busquei pelo curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família com o objetivo de melhorar minha formação acadêmica e melhor desenvolver o processo de trabalho da atenção básica no município.

O curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família veio contribuir de forma significativa na minha vida profissional e acadêmica, pois durante o curso fui convidado para atuar como supervisor de estágio curricular em saúde da família em um curso de enfermagem do município de Araxá, MG.

A realização do curso me proporcionou conhecimentos e momentos de reflexão que serão úteis durante toda minha vida profissional, além de mostrar-me o quanto a educação à distância é importante na construção do conhecimento.

Atualmente, trabalho no município de Araxá/MG, que tem sua população estimada em 87.764 habitantes e conta com 10 equipes de saúde da família implantadas, sendo uma

cobertura de 35,3% o que corresponde a 31.022 pessoas assistidas pela estratégia (ARAXÁ, 2009).

Desenvolvo o meu trabalho na Estratégia de Saúde da Família Tiradentes, fundada em meados de 2001, constituindo-se na segunda equipe de saúde da família implantada no município. A equipe é composta por um médico, uma enfermeira, cinco agentes comunitárias de saúde, uma auxiliar de enfermagem, uma recepcionista e uma funcionária para serviços gerais. Além desta equipe básica, a unidade de saúde Tiradentes conta uma nutricionista e uma fisioterapeuta, que exercem atividades semanalmente, por 4 horas. Vale ressaltar que a unidade não conta com equipe de saúde bucal (ARAXÁ, 2009).

A Estratégia de Saúde da Família Tiradentes tem uma população de 2.841 pessoas na sua área de abrangência, totalizando 728 domicílios cadastrados (ARAXÁ, 2009).

Por volta da metade do século XX, aumentou o interesse pelo estudo da família e desde esta época, vários aspectos e maneiras de conhecer e abordar a família vêm se desenvolvendo. Uma das maneiras de se compreender a família é considerá-la como um sistema, como a família nuclear (pai, mãe e filhos), composta de subsistemas como o conjugal, parental, filial e supra-sistemas, como o dos avós, considerada a abordagem sistêmica de família (CARTER E MCGOLDRICK, 2001). Neste contexto, foi desenvolvido o genograma ou genetograma, ferramenta de conhecimento e diagnóstico de famílias.

Durante o curso percebi também o quanto o genograma é uma ferramenta importante dentro do contexto de saúde da família, que pode orientar as condutas multidisciplinares dos profissionais envolvidos e garantir uma atenção integral ao indivíduo e/ou família. E durante minha atuação em campo de estágio, mostrou-se uma ferramenta muito importante, mas que ainda gera muitas dúvidas quanto a sua elaboração e aplicação dentro da saúde da família.

O genograma deve ser realizado pela equipe e usado para subsidiar suas ações. Em Araxá/MG, todas as equipes foram orientadas a realizar o genograma das famílias como instrumento auxiliar para levantamento de risco. Assim, defini por analisar alguns genogramas de famílias de alto risco da equipe de Saúde da Família Tiradentes.

O genograma foi desenvolvido na América do Norte, e mostra graficamente a estrutura das relações familiares e o seu padrão de repetição. Suas características básicas são: identificar a estrutura familiar, seu padrão de relacionamento, a repetição desses padrões, assim como

as doenças que estão ocorrendo naquela família e os conflitos que contribuem para o processo de adoecer (DITTERICH, 2005).

Além de ter função diagnóstica, o genograma também pode ser usado como fator educativo, permitindo ao paciente e sua família tomar consciência das repetições dos padrões e em como estes se repetem (DITTERICH, 2005).

As informações reunidas através do Genograma podem incluir aspectos genéticos, médicos, sociais, comportamentais e culturais da família, sendo evidenciados os seguintes dados: (a) os nomes e idades de todos os membros da família; (b) datas exatas de nascimentos, casamentos, separações, divórcios, mortes, abortos e outros acontecimentos significativos; (c) indicações datadas das atividades, ocupações, doenças, lugares de residência e mudanças no desenvolvimento vital; e (d) as relações entre os membros da família (WENDT, 2006).

Segundo Rakel (1997) os componentes do genograma devem incluir:

1. Três gerações;
2. Os nomes de todos os membros da família;
3. Idade ou ano de nascimento de todos os membros da família;
4. Todas as mortes, incluindo a idade em que ocorreu ou a data da morte e a causa;
5. Doenças de problemas significativos dos membros da família;
6. Indicação dos membros que vivem juntos na mesma casa;
7. Datas de casamentos e divórcios;
8. Uma lista dos primeiros nascimentos de cada família à esquerda, com irmãos sequencialmente à direita;
9. Um código explicando todos os símbolos utilizados;
10. Símbolos selecionados por sua simplicidade e visibilidade máxima.

De acordo com Burd e Baptista (2004), apenas na década de 80 foi padronizado por um comitê e apresentado por McGoldrick e Gerson (2001) o formato dos genogramas, que até então eram realizados de várias formas, com símbolos diferentes e maneiras próprias de traçar as configurações familiares, o que gerava confusão e impossibilitava a leitura do instrumento por outros profissionais.

Na representação iconográfica, as figuras geométricas são as pessoas e as linhas conectoras, suas relações. As representações são convencionadas, possibilitando que todos tenham entendimento comum acerca daquele gráfico. É importante deixar sempre claro a

pessoa que ocupa papel central no genograma, normalmente aquela que originou a necessidade de utilização dessa ferramenta. Essa pessoa passa a ser, então, estruturante do problema e, também, da representação familiar em questão (MOYSÉS E SILVEIRA FILHO, 2002). E é geralmente chamada de *paciente identificado*.

Todos os problemas de saúde, sociais ou existenciais, de comportamento afetivo, de hábitos ou estilos de vida daquela família que, no entendimento do profissional de saúde da família forem pertinentes, devem ser anotados. Informações relativas ao estilo de vida, que sejam pertinentes na adequação dos cuidados com a saúde daquela família, também podem ser levantados, como uso de medicamentos, e as diversas doenças crônicas, físicas e psicológicas; dados socioculturais e econômicos que possam influenciar o funcionamento familiar, questões de credo religioso, de trabalho, de vida social, de lazer e outros. Por fim, devem aparecer as relações interpessoais, de conflito, de resolução de conflito e problemas de comunicação (WILSON e BECKER, 1996; RAKEL, 1997; MOYSÉS e SILVEIRA FILHO, 2002).

O genograma pode ser colocado no início do prontuário como sumário de problemas prévios, ações preventivas e medicamentos em uso (MOYSÉS *et al.*, 1999).

Essa ferramenta é de especial importância por analisar a complexidade das relações humanas, uma vez que o ambiente afetivo tem impacto relevante no processo saúde-doença. As circunstâncias às quais os sujeitos são submetidos no decorrer de suas vidas podem influenciar o seu desenvolvimento biológico, social e psicológico; tanto favorável como desfavoravelmente (MACIEL, 2005).

No Brasil, atualmente, tem se adotado um conceito ampliado de família:

A família é o conjunto de pessoas, ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, que residem na mesma unidade domiciliar. Inclui empregado (a) doméstico (a) que reside no domicílio, pensionistas e agregados (BRASIL, 1998).

No Brasil, a estratégia Saúde da Família colocou o foco na família a partir de 1994. Esta estratégia é entendida como uma reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades de atenção primária à saúde (MINAS GERAIS, 2009).

O trabalho em saúde da família na atenção primária deve considerar a família como locus básico de atuação. As técnicas utilizadas para executar o trabalho devem basear-se na

realidade local, construindo um fazer consistente que implique na melhoria dos indicadores de saúde da comunidade e obtendo a satisfação não só da população atendida, como também da equipe que executa a proposta (WAGNER *et al.*, 2001).

Segundo Gomes (1994), o ponto de partida para o trabalho com família é a compreensão, por parte do profissional, do próprio modelo de organização familiar, com crenças, valores e procedimentos que efetivamente são adotados na vida da família.

Segundo Starfield (2002), conhecer a família oferece o contexto para avaliação dos problemas dos pacientes, auxiliando na realização mais precisa dos diagnósticos dos pacientes, oferecendo assim, subsídios para a intervenção apropriada. Pois, as famílias diferem na capacidade de identificar estratégias de enfrentamento dos problemas e realizar mudanças.

A abordagem familiar deve ser empregada em vários momentos, como por exemplo, na realização do cadastro das famílias, quando das mudanças de fase do ciclo de vida das famílias, do surgimento de doenças crônicas ou agudas de maior impacto. Estas situações permitem que a equipe estabeleça um vínculo com o usuário e sua família de forma natural, facilitando a aceitação quanto à investigação e intervenção, quando necessária (MINAS GERAIS, 2009).

2. Justificativa

Diante do modelo assistencial de saúde vivenciado no Brasil, por meio da Estratégia de Saúde da Família, percebe-se na atuação dos profissionais da equipe, uma gama de ações de promoção à saúde ao indivíduo e à comunidade adscrita, mas julga-se necessário criar alternativas para melhorar a assistência e gestão dos serviços de saúde junto à família.

Em função disto, o genograma na prática de saúde da família é uma ferramenta de trabalho que possibilita a equipe multiprofissional tenha acesso a informações padronizadas que possam contribuir para assistência individual e coletiva nas várias áreas dos saberes, quebrando as barreiras do modelo biologicista.

E por acreditar que o enfermeiro deve se preocupar com a implementação de práticas que ofereçam condições para o desempenho de suas atividades junto à equipe multiprofissional, a temática deste estudo é relevante, pois tem como proposta contribuir com a rede de informações e conhecimentos interdisciplinares integrados, auxiliando no avanço do conhecimento científico nas áreas de Enfermagem da Família e Saúde Família.

O genograma parece ser um instrumento bastante útil para fornecer dados que possam embasar a prática profissional, a fim de que num contexto multidisciplinar, seja possível prever, detectar e solucionar problemas relacionados ao indivíduo, família e comunidade.

Desta maneira, escolheu-se trabalhar com o uso do genograma pelas equipes de saúde da família, baseando-se na experiência do município de Araxá/MG, que por meio da implantação do Plano Diretor de Atenção Primária do Estado de Minas Gerais, vem construindo o genograma das famílias cadastradas na Estratégia de Saúde da Família.

Este fato despertou o interesse em conhecer as aplicações do genograma pela Estratégia de Saúde da Família, bem como, comparar as informações contidas no genograma com a classificação de risco das famílias de acordo com o Plano Diretor de Atenção Primária do Estado de Minas Gerais. E verificar a necessidade de melhorias na padronização do genograma na estratégia de saúde da família, bem como, de suas aplicações neste contexto.

3. Objetivos

3.1 Objetivo Geral

Analisar e comparar a classificação de famílias de alto risco e o genograma realizado, em uma Estratégia de Saúde da Família do município de Araxá/MG.

3.2 Objetivos Específicos

Caracterizar e analisar as famílias de alto risco quanto as condições de alfabetização, socioeconômicas, abastecimento de água, condições e doenças crônicas;

Analisar os genogramas realizados das famílias de alto risco;

4. Procedimentos Metodológicos

4.1. Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa por meio de análise de dados secundários.

4.2. Material

O objeto deste estudo foi constituído por oito genogramas e a ficha A de famílias, cadastradas e classificadas como de alto risco, pela Equipe de Saúde da Família Tiradentes do município de Araxá/MG.

A caracterização das famílias de risco alto foi analisada conforme critérios estabelecidos pelo Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde do Estado de Minas Gerais (2008).

4.3. Procedimento

Inicialmente, foram levantados e descritos os dados da classificação de risco. Da Ficha A (Anexo), instrumento de cadastro das famílias na ESF, foram levantados os dados referentes à alfabetização do chefe de família, renda familiar e abastecimento de água. Em seguida, foram levantadas as condições ou patologias crônicas prioritárias presentes.

Em uma segunda etapa, foram analisados os genogramas de acordo com: o número de gerações, número de membros, doenças ou problemas significativos e em quem ocorrem, mortes e suas causas, indicação de quem mora no mesmo domicílio do núcleo familiar de referência, característica das relações familiares e outros aspectos específicos de cada família que sejam considerados relevantes.

A seguir, foram comparados os dados da classificação de risco em relação ao genograma da família.

5. Resultados

Os resultados desse estudo incluem a avaliação de oito genogramas de famílias classificadas como de alto risco cadastradas na Estratégia de Saúde da Família Tiradentes do município de Araxá, bem como a análise dos dados cadastrais destas famílias a partir da Ficha A.

O quadro 1 mostra a distribuição das famílias quanto a classificação de risco padronizada pelo Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde do Estado de Minas Gerais. Esta classificação foi realizada no ano de 2009, sendo incorporada nas práticas de saúde das equipes, sendo assim, toda família cadastrada é classificada quanto ao risco.

QUADRO 1 – Número de famílias segundo a classificação de risco realizada em 2009, padronizada pelo Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde do Estado de Minas Gerais.

GRAU DE RISCO DA FAMÍLIA	TOTAL (N)	PERCENTUAL (%)
Sem risco	391	54,30%
Risco Baixo	161	22,36%
Risco Médio	160	22,22%
Risco Alto	8	1,11%

Fonte: ARAXÁ, 2009.

Na Estratégia de Saúde da Família Tiradentes, observa-se que oito (1,11%) das famílias cadastradas foram classificadas como de risco alto (Quadro 1). Esta classificação é baseada na somatória de pontos a partir de dados cadastrais da Ficha A (Anexo), segundo roteiro padronizado pelo Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde do Estado de Minas Gerais: fatores socioeconômicos e presença de patologias ou agravos nos membros da família.

Na análise dos fatores socioeconômicos, de acordo com Minas Gerais (2008) consideram-se:

- a) Alfabetização do chefe da família: É considerada de risco a família cujo chefe não é alfabetizado, ou seja, não sabe ler e não sabe escrever nem mesmo um bilhete simples.
- b) Renda familiar: É considerada de risco a família em situação de extrema pobreza, ou seja, que tem renda per capita mensal de até R\$ 60,00 (sessenta reais), tendo ela filhos ou não. Cálculo da renda familiar per capita: somar o rendimento mensal de todas as fontes

(salário, bolsa família, aposentadoria, etc.) recebido por todos os membros da família e dividir pelo número total de integrantes.

c) Abastecimento de água: É considerada de risco a família cujo domicílio não tem abastecimento de água adequado, ou seja, não existe rede pública de abastecimento e a água é proveniente de poços, cisternas, nascentes naturais ou outras.

O Quadro 2 apresenta a distribuição das oito famílias analisadas quanto aos fatores econômicos, que são: alfabetização do chefe da família, renda familiar per capita e abastecimento de água. Neste quadro, observa-se que em um total de oito famílias classificadas como de risco alto, podemos observar que cinco (62,5%) tem o seu chefe de família analfabeto. Em relação à renda familiar per capita igual ou abaixo de R\$ 60,00 observam-se três (37,5%) das famílias nesta situação. E em relação ao abastecimento de água, observam-se duas (25%) famílias sem abastecimento de água potável.

QUADRO 2 – Distribuição das famílias quanto aos fatores econômicos de acordo com a Ficha A em 2009.

FATORES SOCIOECONOMICOS	FAMÍLIAS DE ALTO RISCO							
	F 1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8
Alfabetização do chefe da família	X	X	X	-	-	X	-	X
Renda familiar (<i>per capita</i> de R\$ 60,00)	-	-	-	X	-	-	X	X
Abastecimento de água	-	-	-	-	X	-	-	X

Na análise da presença de condições ou patologias crônicas prioritárias, é considerada de risco a família em que um ou mais de seus integrantes apresentem uma das condições ou patologias por ciclo de vida, segundo Minas Gerais (2008). Neste caso, serão apresentadas somente aquelas presentes na população deste estudo:

a) Adultos com Risco para Diabetes:

- Não usuários de insulina, com hipertensão;
- Usuários de insulina.

b) Idoso com Alto Risco / Idoso Frágil:

- Idosos com ≥ 80 anos
- Idosos com ≥ 60 anos apresentando:
 - » Polipatologias (≥ 5 diagnósticos);

- » Polifarmácia (≥ 5 drogas/dia);
 - » Imobilidade parcial ou total;
 - » Incontinência urinária ou fecal;
 - » Instabilidade postural (quedas de repetição)
 - » Incapacidade cognitiva (declínio cognitivo, síndrome demencial, depressão, delirium);
 - » Idosos com história de internações freqüentes e/ou no período de pós-alta hospitalar;
 - » Idosos dependentes nas atividades de vida diária básica - AVD;
 - » Insuficiência familiar: idosos que moram sós ou estão institucionalizados.
- c) Outras condições ou patologias crônicas definidas como prioritárias pela equipe de saúde.

QUADRO 3 – Distribuição das famílias quanto a presença de condições ou patologias crônicas prioritárias, de acordo com a Ficha A em 2009.

CONDIÇÕES / PATOLOGIAS CRÔNICAS	FAMÍLIAS DE ALTO RISCO							
	F 1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8
Criança em situação de risco do grupo II	-	-	-	-	-	-	-	-
Adolescentes de alto risco	-	-	-	-	-	-	-	-
Adultos com risco para Diabete	-	-	-	-	1	-	-	-
Adultos com alto risco para Tuberculose	-	-	-	-	-	-	-	-
Adultos com alto risco para Hanseníase	-	-	-	-	-	-	-	-
Adultos com risco grave para saúde mental	-	-	-	-	-	-	-	-
Gestantes de alto risco	-	-	-	-	-	-	-	-
Idoso com alto risco/Idoso frágil	-	1	-	-	-	-	-	-
Outras condições ou patologias crônicas	3	2	4	2	2	1	1	2
Pontuação para classificação de risco	3	3	4	2	3	1	1	2

No quadro 3, pode-se notar que seis (75%) das famílias tem dois ou mais de seus integrantes apresentando condições e ou patologias crônicas, enquanto duas (25%) famílias tem apenas um integrante com condições e ou patologias prioritárias.

QUADRO 4 – Distribuição de genogramas das famílias de alto risco em relação aos componentes em 2009.

COMPONENTES	GENOGRAMAS DAS FAMÍLIAS DE ALTO RISCO							
	G 1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8
Três ou mais gerações	X	X	X	X	X	X	X	X
< de 3 gerações								
Nome de todos os membros	X	X	X	X	X	X	X	X
Idade ou ano de nascimento da família nuclear	X	X	X	X	X	X	X	X
Mortes, incluindo idade ou data em que ocorreu e a causa		X	X	X	X			X
Doenças ou problemas significativos	X	X	X	X	X	X	X	X
Indicação dos membros que vivem juntos na mesma casa	X	X	X	X	X	X	X	X
Datas de casamentos e divórcios								
Lista de primeiros nascimentos de cada família à esquerda, com irmãos relacionados sequencialmente à direita			X	X	X			X
Um código explicando todos os símbolos utilizados	X	X			X			
Relações familiares		X				X		

Quanto aos componentes básicos de um genograma, observa-se que os oito (100%) genogramas apresentam os componentes conforme parâmetros do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde do estado de Minas Gerais, em relação ao número de gerações, nome dos membros dos familiares, idade ou ano de nascimento dos membros da família nuclear, doenças ou problemas significativos e indicação dos membros que vivem na mesma casa (Quadro 4). De acordo com a avaliação de risco (Quadro 3), todas as famílias têm pelo menos uma condição ou patologia crônica, confirmado pelo genograma.

Apenas cinco (62,5%) genogramas apresentaram dados referente a mortes, com data, idade e causa. Nenhum dos oito genogramas apresentaram dados em relação as datas de

casamento e divórcio. Metade (4) dos genogramas apresentaram os irmãos pela ordem de nascimentos, da esquerda para a direita. Em relação a legendas explicando todos os símbolos utilizados, apenas três (37,5%) dos genogramas apresentaram. Quanto às relações familiares; apenas dois (25%) as indicaram, o que dificulta estabelecer relações entre possíveis conflitos familiares e doenças ou condições inadequadas.

Cabe ressaltar que talvez alguns dados não existam realmente em algumas famílias, como mortes ou relações familiares diferentes do padrão “normal”, embora seja difícil que qualquer uma das situações não ocorram nas famílias ampliadas. Assim, melhorar a elaboração dos genogramas parece ser necessário.

6- Discussão

Observou-se neste trabalho que o genograma pode ser utilizado como instrumento auxiliar importante na caracterização de risco e cadastramento dos grupos familiares na Estratégia de Saúde de Família (ESF), com vistas ao trabalho de promoção à saúde da comunidade e prevenção de agravos. Além disso, permite uma visualização do processo de adoecer e das principais enfermidades que acometem os membros familiares, facilitando o plano terapêutico e permitindo à família uma melhor compreensão sobre o desenvolvimento de suas doenças como apontado por Asen e Tomson (1997).

Observou-se, neste estudo, que o genograma pode contribuir para a aquisição de informações sobre a família, vindo a complementar os dados obtidos com a utilização da ficha de cadastro das famílias, denominada ficha A, que compõe o prontuário da família, assim como indicado por Mello *et al* (2005).

Mesmo existindo um padrão para a sua construção, os profissionais podem ainda tem dúvidas quanto ao uso de símbolos e o uso dos componentes básicos, tem dificuldade ou não consideram importantes alguns dados, pela ausência de alguns deles nos genogramas. Rakel (1997) ainda afirma que a familiaridade com os símbolos padrão permite a obtenção mais rápida de informações, e devem ser utilizados sempre que possível, embora variações possam ser desenvolvidas para fornecer informações mais exatas ou úteis.

Sendo assim, segundo Mello *et al* (2005) a utilização do genograma deve ser instrumentalizada por conhecimentos técnico-científicos, treinamento de habilidades de observação e comunicação.

Trabalhando com as famílias de risco alto, fizemos a comparação entre as informações levantadas na ficha A pelo Agente Comunitário de Saúde e as informações contidas no genograma de cada família, mostrando-nos que a maioria das informações se cruzam, embora quando analisadas em relação aos componentes do genograma, muitas informações contidas no genograma não estão descritas na Ficha A. Isto indica a importância do genograma como ferramenta para melhor conhecer o indivíduo e sua família e por consequência, delinear uma melhor estratégia de intervenção com os mesmos.

7- Conclusões

Diante dos resultados encontrados, percebe-se a grande importância do uso do genograma como ferramenta para melhoria do processo de trabalho da equipe de saúde da família, além de subsidiar ações de prevenção e promoção da saúde para as famílias assistidas.

De acordo com o trabalho, pode-se verificar a necessidade de melhoria na elaboração e aplicação do genograma por parte dos profissionais da saúde da família, uma vez que foram identificados divergências na padronização de informações.

Sendo assim, é importante incentivar as equipes de saúde da família para a participação em capacitações e treinamentos para melhorar o uso do genograma na saúde da família.

8 . Referências

ARAXÁ, Secretaria Municipal de Saúde, Estratégia de Saúde da Família Tiradentes. Diagnóstico Local. Araxá, 2009 (não publicado).

ASEN, K. E.; TOMSON, P. La familia dentro de nosotros: genogramas. In K. E. Asen & P. Tomson (Eds.), **Intervención Familiar** – guía práctica para los profesionales de la salud. Barcelona, España: Paidós, 1997.

BRASIL. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**, 1996. Rio de Janeiro, IBGE, 1998.

BURD, M., & BAPTISTA, C. Anamnese da Família: genograma e linha do tempo. In Mello Filho, J. & Burd, M. (Eds.). **Família e Doença**. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo. 2004. p. 93-110.

CARTER, B.; McGOLDRICK, M. (Org.) **As mudanças no ciclo de vida familiar**. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. 510 p.

DITTERICH, R. G. **O Trabalho com famílias realizado pelo cirurgião-dentista do programa saúde da família (PSF) de Curitiba-PR**. 2005. 79p. Monografia da Especialização em Saúde Coletiva – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2005.

GOMES, H. S. Educação para família: uma proposta de trabalho preventivo. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 34-9, jan./jun. 1994.

MACIEL, R. A. **Sobre as circunstâncias em que transcorreu a infância de jovens que moraram nas ruas do município de São Paulo e os possíveis efeitos sobre suas personalidades**. 2005. 353 p. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

MELLO, D.F. *et al.* Genograma e Ecomapa: possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família. **Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano**, 2005. 15(1):78-89

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Minas Gerais. **Plano Diretor da Atenção Primária – Oficina III – Diagnóstico Local**: guia do facilitador. Belo Horizonte, 2008. 40 p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Minas Gerais. **Plano Diretor da Atenção Primária – Oficina VI – Abordagem Familiar**: guia do facilitador. Belo Horizonte, 2009. 32 p.

MOYSÉS, S. J.; SILVEIRA FILHO, A. D. **Os dizeres da boca em Curitiba**: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis. Rio de Janeiro: CEBES, 2002. 155 p.

MOYSÉS, S. T. *et al.* Ferramenta de descrição da família e dos seus padrões de relacionamento: genograma - uso em saúde da família. **Revista Médica do Paraná**, Curitiba, v. 57, n. 1/2, p. 28-33, jan./dez. 1999.

McGOLDRICK, M.; GERSON, R. Genetogramas e o ciclo de vida familiar. In: CARTER, B.; McGOLDRICK, M. (Org.) **As mudanças no ciclo de vida familiar**. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. 510 p.

RAKEL, R. E. **Tratado de medicina de família**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. 1596 p.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

WAGNER, H. L. *et al.* Trabalhando com famílias em saúde da família. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 3, n. 8, p.10-4, jun./nov. 2001.

WENDT, N. C. **Fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento da criança durante a transição para a parentalidade**. 2006. Nº de págs. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2006.

WILSON, L.; BECKER, I. O Genograma. In: WILSON, L. **Trabalhando com famílias**: livro de trabalho para residentes. Curitiba: SMS, 1996. p. 40-2.

ANEXO

FICHA A FRENTE

Ficha A					SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE					UF:	
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA											
UBS:											
NÚMERO DO PRONTUÁRIO				ESP RESPONSÁVEL				DATA			
ENDEREÇO				Nº		COMPL.		BAIRRO			
TELEFONE				TELEFONE CONTATO				CEP			
MUNICÍPIO		SEGMENTO		ÁREA		MICROÁREA		FAMÍLIA			
LOCALIZAÇÃO: ZONA URBANA () ZONA RURAL ()						PROCEDÊNCIA					
SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO											
TIPO DE CASA						ABASTECIMENTO DE ÁGUA					
TITULO/ADOBES						REDE PÚBLICA					
TAIPA REVESTIDA						POÇO OU NASCENTE					
TAIPA NÃO-REVESTIDA						CLORAÇÃO					
MADEIRA						OUTROS (ESPECIFICAR)					
MATERIAL APROVEITADO						TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO					
OUTRO (ESPECIFICAR)						FILTRAÇÃO					
Nº DE CÔMODOS/PEÇAS						FERVURA					
ENERGIA ELÉTRICA						SEM TRATAMENTO					
DESTINO DO LIXO						DESTINO DE FEZES E DE URINA					
COLETADO						SISTEMA DE ESGOTO (REDE GERAL)					
QUEIMADO / ENTERRADO						FOSSA					
CÉU ABERTO						CÉU ABERTO					
OUTRAS INFORMAÇÕES											
ALGUÉM DA FAMÍLIA POSSUI PLANO DE SAÚDE?						NÚMERO DE PESSOAS COBERTAS POR PLANO DE SAÚDE					
NOME DO PLANO DE SAÚDE:											
EM CASO DE DOENÇA PROCURA						PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS					
HOSPITAL						COOPERATIVA					
UNIDADE DE SAÚDE						GRUPO RELIGIOSO					
BENZEDEIRA						ASSOCIAÇÕES					
FARMÁCIA						OUTROS (ESPECIFICAR)					
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA						MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA					
RÁDIO						ÔNIBUS					
TELEVISÃO						CAMINHÃO					
TELEFONE						CARRO					
OUTROS (ESPECIFICAR)						CARROÇA					
OUTROS (ESPECIFICAR)						OUTROS (ESPECIFICAR)					
ATIVIDADES PRODUTIVAS DOMICILIARES						TODOS OS INTEGRANTES TÊM ACESSO INDIVIDUAL À PASTA E À ESCOVA DE DENTES?					
SIM		NÃO		SIM		NÃO		SIM		NÃO	
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DA FAMÍLIA											
SEM RISCO			BAIXO RISCO			MÉDIO RISCO			ALTO RISCO		
SCORE 0 ()			SCORE 1 ()			SCORE 2 () 3 ()			SCORE 4 () 5 () 6 ()		
OBSERVAÇÕES:											

FICHA A VERSO

CADASTRO DA FAMÍLIA													
PESSOAS COM 15 ANOS OU MAIS						ALFABETIZADO			TRABALHO ATUAL		OCUPAÇÃO	RENDA DECLARADA	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (SIGLA)
Nº	NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO		SIM	NÃO	SIM	NÃO				
1	CHEFE DA FAMÍLIA:												
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
PESSOAS DE 0 A 14 ANOS													
Nº	NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO		SIM	NÃO	SIM	NÃO				
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

SIGLAS PARA INDICAÇÃO DAS DOENÇAS E/OU CONDIÇÕES REFERIDAS

AJC – alcoolismo | EPI – epilepsia | HAN – hanseníase | CHA – chagas | HA – hipertensão arterial | DIA – diabetes | TB – tuberculose

Para outras condições/patologias utilizar o formulário "Ficha de acompanhamento familiar".