

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: CLÍNICA MÉDICA

**FAMÍLIAS COM DESENVOLVIMENTO FUNCIONAL E
DISFUNCIONAL: VALIDAÇÃO DAS ESCALAS DIAGNÓSTICAS
FACES III, BEAVERS-TIMBERLAWN E AVALIAÇÃO GLOBAL
DO FUNCIONAMENTO INTERACIONAL (GARF)**

OLGA GARCIA FALCETO

Orientador: Prof. Dr. Ellis D'Arrigo Busnello

Consultora: Dra. Mary Clarisse Bozzetti

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-
Graduação em Medicina: Clínica Médica para
obtenção do título de Mestre em Clínica Médica.

Porto Alegre

1997

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: CLÍNICA MÉDICA

**FAMÍLIAS COM DESENVOLVIMENTO FUNCIONAL E
DISFUNCIONAL: VALIDAÇÃO DAS ESCALAS DIAGNÓSTICAS
FACES III, BEAVERS-TIMBERLAWN E AVALIAÇÃO GLOBAL
DO FUNCIONAMENTO INTERACIONAL (GARF)**

OLGA GARCIA FALCETO

Porto Alegre
1997

AGRADECIMENTOS

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação é o produto de três anos de dedicação à obtenção do título de Mestre, tarefa árdua nesta etapa da vida, que abracei em grande parte devido ao estímulo e à orientação do Dr. Ellis Busnello. A metodologia de pesquisa e os detalhes da interpretação dos resultados foram construídos na companhia competente, cuidadosa e carinhosa de Mary Bozzetti, inicialmente com a colaboração de Sandra Fuchs. A análise estatística, pedaço trabalhoso e difícil, tornou-se agradável graças à paciência e compreensão de Lidia Nascimento.

A meus colegas do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da UFRGS agradeço a liberação de algumas tarefas, que significou sobrecarga, em especial para minhas queridas Maria Lucrecia Zavaschi e Ana Margareth Bassols que, mesmo assim, foram constantes incentivadoras. Também agradeço a cooperação de David Bergman e de Luiz Augusto Rohde que também teve a paciência de ler e opinar sobre esta dissertação. E muito especialmente agradeço a Miriam Tetelbom, por sua colaboração constante e enriquecedora e incentivo específico em buscar instrumentos de pesquisa em Psicoterapia Familiar.

Agradeço a todos os alunos, alguns já colegas, que colaboraram nas várias etapas da elaboração desta pesquisa: Alena Franzen Quinalha, Luciane Mendonça Tarasconi, Maria Helena Kohlrausch, Miriam Tetelbom, Maria Teresa Campos, Regina Maria Palma, Maria Paz Hidalgo, Marina Netto, Marta Kops Xavier, Suzana Zelmanovitz, Eduardo Felix, Flavio Shansis, Eugenio Grevet, André Gross e Berenice Heinheiner.

Agradeço também a José Roberto Goldin que, em etapas iniciais do trabalho, colaborou no seu desenho metodológico.

Muito especialmente sou grata à paciente e competente colaboração de minha secretária Nilsa Panizzi, sem a qual esta tarefa seria ainda mais difícil. Agradeço também a disponibilidade de Zuleica Santos, que também colaborou na parte secretarial do trabalho. E à presteza e simpatia com que Clotilde Favalli se engajou na revisão da linguagem.

Por último, mas principalmente, quero agradecer a minha mãe, Remedios Falceto, pelas horas dedicadas a este projeto, como a varios outros de minha vida, de quem aprendi a inquietação intelectual entre muitas outras coisas; a meu pai, Celedonio Garcia, precocemente morto, mas sempre presente e modelo em nossas vidas; a meu marido, José Ovidio Waldemar, companheiro que estimula meu crescimento; a minha madrinha Ana Maria Izquierdo, pelo apoio e confiança constantes em minha capacidade; e a meus filhos, Enrique e Luisa Falceto de Barros, razão maior de meu constante desejo de melhorar a mim e ao mundo.

SUMÁRIO

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS

LISTA DE FIGURAS

RESUMO

SUMMARY

1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	6
2.1. Normalidade e patologia	7
2.2. Princípios da teoria dos sistemas aplicados ao estudo do funcionamento familiar ..	12
2.3. Modelos de estrutura e funcionamento familiar e instrumentos de pesquisa	16
2.3.1. Modelo Circumplexo do funcionamento familiar - FACES III: escala de avaliação da adaptabilidade e coesão familiar	22
2.3.2. Modelo Beavers-Timberlawn de funcionamento familiar - escala de avaliação familiar Beavers-Timberlawn	33
2.3.3. Escala GARF (Avaliação global de funcionamento interacional)	42
2.3.4. Outros modelos e escalas de funcionamento familiar	46
2.3.4.1. Modelo Mc Master de funcionamento familiar	47
2.3.4.2. FES (Escala de Avaliação Familiar)	50
2.3.4.3. As pesquisas de Riskin	51
2.3.4.4. Modelo do Paradigma Familiar de Reiss	52
2.3.4.5. Os estudos de Wynne	54

2.3.4.6. O modelo estrutural de Minuchin	55
2.3.4.7. O modelo de Bowen	57
2.3.4.8. O modelo do ciclo da vida familiar	59
2.3.4.9. Guia de Yale para a avaliação familiar	61
2.3.4.10. Novas Pesquisas	62
2.3.4.11. Pesquisas Brasileiras: Entrevista Familiar Estruturada (EFE) ...	63
2.4. Resumo dos métodos de investigação do funcionamento familiar	67
3. OBJETIVOS	69
4. MATERIAL E MÉTODO	71
4.1. População do estudo	72
4.2. Delineamento	73
4.3. Variáveis em estudo	73
4.3.1. Avaliação clínica	74
4.3.2. Escala de Beavers-Timberlawn (BT)	74
4.3.3. Escala GARF	75
4.3.4. Questionário FACES III	75
4.3.4.1. Coesão	76
4.3.4.2. Adaptabilidade	76
4.3.4.3. Risco familiar	76
4.3.4.4. Diferença da coesão do casal	78
4.3.4.5. Diferença da adaptabilidade do casal	78
4.3.4.6. Amplitude da diferença da coesão	78
4.3.4.7. Distância do centro familiar (DDC-F)	78
4.3.4.8. Valor das respostas às questões do FACES III	79
4.3.5. Variáveis demográficas	79
4.3.5.1. Número de filhos	79
4.3.5.2. Idade	79

4.3.6. Variáveis sócio-econômicas	80
4.3.6.1. Escolaridade	80
4.3.6.2. Renda	80
4.3.6.3. Categoria profissional	81
4.3.6.4. Classe Social	81
4.3.6.5. Religião	81
4.3.6.6. Migração	82
4.3.7. Variáveis da estrutura familiar	82
4.3.7.1. Estágio do ciclo vital familiar	82
4.3.7.2. Situação conjugal	83
4.3.7.3. Anos de união do casal	83
4.3.7.4. Contato com a família de origem	83
4.4. Amostra e amostragem	85
4.5. Poder do estudo	86
4.6. Logística	87
4.7. Considerações éticas	92
4.8. Análise estatística	93
5. RESULTADOS	95
5.1. Características da população estudada	96
5.1.1. Descrição das amostras	96
5.1.2. Características demográficas da amostra	97
5.1.2.1. Números de filhos	97
5.1.2.2. Idade dos pais	98
5.1.2.3. Idade dos filhos	99
5.1.3. Características sócio-econômicas da amostra	99
5.1.3.1. Escolaridade	99
5.1.3.2. Renda	100
5.1.3.3. Categoria profissional	102
5.1.3.4. Classe social	102
5.1.3.5. Religião	104

5.1.3.6. Migração	106
5.1.4. Características da estrutura familiar da amostra	109
5.1.4.1. Fase da vida familiar	109
5.1.4.2. Situação conjugal	110
5.1.4.3. Anos de união dos casais	111
5.1.4.4. Contato com a família de origem	112
5.2. Resultados da aplicação das escalas	115
5.2.1. Comparação das escalas com o padrão-ouro	115
5.2.1.1. FACES III: escalas de coesão e adaptabilidade	115
5.2.1.2. Escala Beavers-Timberlawn	116
5.2.1.3. Escala global do funcionamento interacional	116
5.2.1.4. Comparações entre as escalas	116
5.2.2. Estudos da escala FACES III	117
5.2.2.1. Comparação da coesão e adaptabilidade entre os grupos	117
5.2.2.2. Descrição do comportamento do FACES III na população (grupoB) e no grupo A, segundo o modelo circumplexo	118
5.2.2.3. Sensibilidade e especificidade da coesão como teste diagnóstico ..	120
5.2.2.4. Comparação dos grupos de risco segundo o FACES III (modelo circumplexo) com dados demográficos nos grupos A e B	121
5.2.2.5. Comparação entre as diferenças dos valores da coesão e adaptabilidade do casal	123
5.2.2.6. Distância do centro	124
5.2.2.7. Confiabilidade das respostas dos sujeitos ao FACES III	125
5.2.2.8. Comparação entre perguntas do FACES III e do BT	126
5.2.3. Estudo da escala BT	127
Estudo da consistência interna das respostas à escala BT	127
6. DISCUSSÃO	128
6.1. A escolha do objetivo de pesquisa	129
6.2. Metodologia	131
6.3. Interpretação e discussão dos resultados	137

6.3.1. Características demográficas	137
6.3.2. Escalas BT e GARF	141
6.3.3. Comportamento da escala FACES III	142
7. CONCLUSÕES	149
8. IMPLICAÇÕES FUTURAS	152
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	155
10. ANEXO	167

LISTA DE TABELAS

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Descrição dos valores normativos do FACES III, segundo Olson	29
Tabela 2.	Sumário das variáveis avaliadas no estudo	84
Tabela 3.	Descrição das características demográficas da amostra nos diferentes grupos estudados	98
Tabela 4.	Descrição da renda nos diferentes grupos estudados	101
Tabela 5.	Descrição da categoria profissional nos diferentes grupos estudados	103
Tabela 6.	Descrição dos anos de união nos diferentes grupos estudados	112
Tabela 7.	Comparação entre FACES III, Beavers-Timberlawn (BT) e Avaliação Global do Funcionamento Interacional	117
Tabela 8.	Descrição dos resultados da comparação dos escores médios de coesão e adaptabilidade (do FACES III) nos diferentes grupos estudados	118
Tabela 9.	Valores da coesão e adaptabilidade no grupo da população (grupo B) e grupo A	119
Tabela 10.	Descrição de frequência populacional por grupo de risco na população do estudo em relação às populações de Olson e Córdoba	119
Tabela 11.	Descrição dos resultados no grupo A do FACES III categorizado por grupo de risco em relação aos resultados da avaliação clínica.....	120

Tabela 12. Risco-coesão comparado com a avaliação clínica	121
Tabela 13. Descrição dos resultados da comparação dos resultados do FACES III (classificados em grupos de risco segundo o modelo circumplexo) com dados sócio-econômicos	122
Tabela 14. Diferença na coesão do casal: comparação entre os grupos	123
Tabela 15. Descrição da distância do centro-familiar nos grupos A e B	125
Tabela 16. Descrição da comparação dos achados de Olson, Córdoba e do grupo B deste estudo	143

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Modelo Circumplexo - Dezesesseis tipos de sistemas maritais e familiares..	27
Figura 2.	Modelo circumplexo familiar tridimensional	32
Figura 3.	Classificação do estilo e competência familiar segundo Beavers e col.....	39
Figura 4.	Descrição das frequências da escolaridade nos diferentes grupos estudados	100
Figura 5.	Descrição da relação entre classe social e avaliação clínica nos diferentes subgrupos do grupo A	104
Figura 6.	Descrição da religião do pai e da mãe nos diferentes grupos estudados .	105
Figura 7.	Descrição da prática de religião na família nos diferentes grupos estudados	106
Figura 8.	Descrição da história de migração dos pais nos diferentes grupos estudados	108
Figura 9.	Descrição da história de migração familiar nos diferentes grupos estudados	108
Figura 10.	Descrição da fase da vida familiar nos diferentes grupos estudados	110
Figura 11.	Descrição da situação conjugal nos diferentes grupos estudados	111

Figura 12. Descrição do contato do pai e mãe com suas famílias de origem nos diferentes grupos estudados	113
Figura 13. Descrição do contato do grupo familiar com suas famílias de origem nos diferentes grupos estudados	114
Figura 14. Amplitude da diferença e mediana do valor da coesão do casal nos diferentes grupos estudados	124

RESUMO

RESUMO

Realizou-se um estudo transversal de aplicação de três escalas americanas diagnósticas do funcionamento familiar (FACES III, Beavers-Timberlawn e GARF) em trinta e uma famílias, examinadas na clínica, visando sua validação, em nosso meio, em relação ao padrão-ouro da avaliação clínica, feita através de entrevista familiar semi-estruturada. Também estudou-se o comportamento da escala auto-respondida FACES III em cento e duas famílias da comunidade.

Os resultados em relação ao FACES III mostraram uma correlação linear positiva, mas baixa, entre a coesão familiar e o risco para doença mental. Não apareceu correlação estatisticamente significativa em relação à adaptabilidade. Os achados confirmam os resultados publicados recentemente na literatura de que o FACES III é um instrumento que não traduz o modelo circunflexo de funcionamento familiar de Olson.

As escalas Beavers-Timberlawn e GARF tiveram como resultado correlação positiva e alta com a avaliação clínica, demonstrando grande utilidade na formulação e classificação do diagnóstico do funcionamento familiar.

SUMMARY

SUMMARY

Three american diagnostic scales of family funtionning (FACES III, Beavers-Timberlawn, GARF) were applied to 31 families, on a clinical setting, to study their validity in a brazilian population in relation to the gold standard of the clinical evaluation of a semi-structured family interview. FACES III was also studied in 102 families in the community.

The results concerning FACES III showed a positive but low linear correlation between family cohesion and risk of mental disorder. There was no statistically significant correlation between adaptability and risk of mental disorder. These findings are consistent with the recent literature and suggest that FACES III doesn't translate appropriately Olson's circumplex model of family functioning.

The other two scales, Beavers-Timberlawn and GARF, correlated positively and highly with the clinical evaluation, showing evidence of their great usefulness in the formulation and classification of family diagnosis.

1. INTRODUÇÃO

1 . INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da Medicina, ao longo do século XX, vem demonstrando a necessidade de integrar os aspectos biológicos, psicológicos e sociais para a compreensão do processo de adoecimento e cura (29,41,42). Ao mesmo tempo tem evoluído o campo da ecologia, demonstrando que os fenômenos biológicos não ocorrem isoladamente e sim em estreita interação.

No campo da Psiquiatria desenvolve-se o estudo da psicoterapia familiar que conceitua os problemas psicológicos como nascendo da interação entre a vulnerabilidade pessoal (biológica e emocional) e o meio ambiente, mediado pela família, que ajuda a criar, exacerbar e/ou extinguir os sintomas que traduzem a disfunção do grupo (4,5,30,58,66,67,72,80).

A família pode ser conceituada como um organismo complexo. Guarda dos seres vivos a característica de morfogênese, mudando durante o ciclo vital. Caracteriza-se, simultaneamente, pela manutenção, ao longo do tempo, de certas regras homeostáticas de funcionamento que a estruturam e identificam (4).

Pela sua complexidade, é muito difícil avaliar a estrutura e funcionamento familiar, de forma a obter um diagnóstico que facilite a intervenção preventiva ou terapêutica. Uma das áreas que requer a realização de pesquisas é o estudo do que é normal e patológico, ou melhor, quais os processos interacionais e eventos significativos que levam uma família a se desenvolver de uma forma funcional, facilitadora do desenvolvimento, ou de modo disfuncional, gerando sintomas impeditivos do crescimento individual e/ou da unidade familiar.

O DSM-IV (25) e o CID-10 (19), os manuais de classificação diagnóstica mais utilizados em Psiquiatria no momento, incluem a avaliação de fatores psicossociais como estressores. Entretanto, ainda não se incluiu no diagnóstico uma avaliação da estrutura e funcionamento da família.

A Associação Americana de Psiquiatria tem um grupo voltado para o estudo do diagnóstico familiar (51,52,53,116) que conseguiu incluir, no apêndice do DSM-IV, uma escala diagnóstica da família, a GARF (“global assessment of relational functioning”, ou avaliação global do funcionamento interacional). Já existem pesquisas publicadas sobre o assunto a nível internacional, mas no Brasil são poucos os trabalhos publicados nessa área (17,32).

Há pesquisas que demonstram a influência protetora das interações familiares, assim como se conhece a relação de crises familiares com a eclosão de doenças (4,58). A possibilidade de mobilizar diretamente a família no combate à doença pode tornar a Medicina mais efetiva, abrangente e mais humana.

O diagnóstico da estrutura e dinâmica familiar deve vir a fazer parte do estudo inicial dos pacientes, não só em Psiquiatria mas em todas as áreas da Medicina, ampliando a experiência iniciada em nosso meio com o prontuário de família no Centro Médico-Social São José do Murialdo (14).

Ao mesmo tempo que a doença é um processo que envolve todo o grupo familiar, é dentro dele que o indivíduo encontra as condições necessárias para a melhora do nível de saúde e, também, para sua recuperação e manutenção. A família sofre com a doença e morte de um de seus membros, e a saúde de cada um deles pode ser afetada pelos problemas intrafamiliares, que contribuem para agravar ou até desencadear patologias.

As dificuldades interacionais podem manifestar-se sob a forma de doenças orgânicas, problemas emocionais ou de relacionamento, de forma isolada ou em combinação (12). Costumam surgir no membro mais suscetível, seja por apresentar algum problema físico ou emocional, por ser dependente (como a criança e o idoso), por estar vivendo um momento de crise vital ou acidental ou por cumprir um papel especial na família.

É importante, portanto, considerar a complexidade do indivíduo, como um ser que influencia e sofre influências, sendo a família o primeiro nível em que se processam essas trocas e que também são afetadas pelas relações de vizinhança, de trabalho e instituições como a escola. O sucesso do tratamento depende, muitas vezes, do entendimento da dinâmica familiar e da função que a doença assume na família e na vida

do próprio paciente. O envolvimento da família no tratamento torna a intervenção mais efetiva e multiplica os recursos de auxílio ao paciente.

Os conhecimentos sobre diagnóstico e o ciclo vital da família tornam possível ao médico antecipar as dificuldades que existem em cada passagem de etapa, podendo mostrar ao paciente que as mudanças sempre geram crises, que são desejáveis e que determinam uma forma de organização mais madura e, então, auxiliar as famílias a desempenharem suas tarefas com êxito. O mesmo ocorre em momentos de crise acidental imprevisível, nas quais a família, preparada para as mudanças, não tenderá a estruturar respostas patológicas.

No tratamento de transtornos psiquiátricos, o diagnóstico do funcionamento familiar trará subsídios para entender os sintomas e permitirá definir quem deverá participar do tratamento, já que alguns quadros psiquiátricos evoluem melhor com Terapia Familiar (32,87).

O presente projeto é o primeiro passo de uma Linha de Pesquisa sobre a estrutura e o funcionamento da família em nosso meio, seu desenvolvimento funcional ou disfuncional ao longo do ciclo vital, buscando respostas capazes de orientar intervenções preventivas, terapêuticas e reabilitadoras, de forma adequada às necessidades de nossa população. É um estudo de validação e aplicação de três questionários diagnósticos do funcionamento familiar, dos mais citados na literatura internacional: o questionário auto-respondido FACES III e as escalas Beavers-Timberlawn e GARF, que são preenchidas pelos técnicos.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2 . REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1. NORMALIDADE E PATOLOGIA

Há, com certeza, vantagens em fazer a classificação e diagnóstico das famílias, mas há, também, vários riscos: vê-la num momento de crise e, depois, manter um diagnóstico estático; utilizar mal o diagnóstico, catalogando a família, o que é um perigo político a enfrentar, especialmente nessa era de fácil disseminação da informação através dos computadores; projetar valores e preconceitos pessoais sem dar-se conta, ao definir o diagnóstico.

Separar o saudável do patológico faz-nos correr o risco de simplificar o ser humano, empobrecendo-o, tirando os diversos matizes que interligam saúde, diversidade e disfuncionalidade temporária que antecipa crescimento e mudança. É, entretanto, importante, quando uma família apresenta uma disfunção que pode estruturar-se, poder alertar-se rapidamente e intervir. Mas, como sabê-lo e fazê-lo, se não classificarmos o que é saudável e o que é disfuncional para aquele momento do desenvolvimento, daquela família, naquele contexto?

A classificação diagnóstica do funcionamento da família cria várias possibilidades: 1) resumir diversas observações e identificar aspectos comuns; 2) fazer comparações entre casos que podem mostrar semelhanças e diferenças; 3) testar hipóteses e desenvolver novas hipóteses e 4) enfrentar e resolver problemas conceituais.

Todos esses são aspectos importantes para avançar a pesquisa e o conhecimento. Além disso, do ponto de vista da clínica, abre ainda outras vias: 1) identificar aspectos comuns que permitem utilizar intervenções terapêuticas já testadas, ou seja, planejar o tratamento e 2) fazer previsões prognósticas.

Uma vez estabelecida a importância de definir o diagnóstico, é importante examinar os diferentes modos de conceituar normalidade na literatura. Em uma revisão sobre critérios de normalidade do ponto de vista do funcionamento individual, Sabshin e Offer (102), em 1966, estabeleceram quatro tipos de abordagem, de que nos ocuparemos a seguir, úteis, também, ao estudar famílias.

1) A saúde, definida como a ausência de evidências de patologia, é a abordagem tradicional em Medicina e em Psiquiatria. Abordar a saúde como um estado de funcionamento razoável, ao invés de ótimo, pode ser considerado simplista. Entretanto, como parece ainda ser mais fácil definir e medir o patológico que o normal, essa é uma abordagem útil para a pesquisa e foi, por isso, adotada neste estudo, seguindo os critérios descritos por Riskin (94,95).

2) A saúde, definida como “ótimo funcionamento”, é a abordagem da Psicanálise, sempre com uma teoria ou paradigma filosófico para apoiá-la. Coincide com a definição

tradicional da OMS de saúde como um estado de total bem-estar físico, psicológico e social. Offer e Shabshin pensam que é uma abordagem que será cada vez mais utilizada, à medida que a Medicina erradicar as formas mais grosseiras de doença, o que, entretanto, também exige a implantação de medidas sócio-econômicas, longínquas, no atual quadro político neo-liberal que se desenvolve a nível mundial, aprofundando as diferenças sócio-econômicas entre ricos e pobres.

A saúde, como funcionamento ótimo, é um “mapa da mina”, um caminho para seguir em direção a uma vida melhor. Os estudos do grupo da Fundação Timberlawn e da Universidade McMaster (4,5,30,56) mostraram que existem famílias com ótimo desenvolvimento de todos os seus membros, demonstrando que esse estado não é ficção, mas um achado empírico. O desenvolvimento de pesquisas nessa área pode nos ensinar vias para alcançar tal competência, como será discutido mais adiante.

3) A saúde, como média estatística é uma abordagem utilizada nos estudos normativos de comportamento, especialmente em Sociologia. Define como normal o que aparece mais freqüentemente na população e ambos os extremos da curva de Gauss como desvios da normalidade.

Dentro desse critério, as famílias de ótimo funcionamento são consideradas anormais. Por outro lado, a presença de algum sintoma, o que é comum em famílias em fases de crise, torna-as estatisticamente normais, o que é interessante como forma de desestigmatizar a patologia.

4) A saúde, como processo, é uma perspectiva que leva em conta as mudanças ao longo do tempo. Sabemos que tempos de mudanças são tempos de desorganização, que antecipam uma reorganização em outro nível mais complexo. Essa perspectiva, portanto, leva em conta as vicissitudes do desenvolvimento. O que é normal é definido em relação à época e ao contexto social e varia com as diferentes demandas internas e externas dos indivíduos e das suas famílias ao longo do ciclo vital.

Estudos recentes de Wallerstein (120) descreveram como, em bons casamentos, os cônjuges que, às vezes, vêm de famílias disfuncionais, utilizam a relação conjugal para ajudá-los a maximizar seu desenvolvimento pessoal. Nessa linha, também, são os estudos de Ahrons (2) sobre os bons divórcios, mostrando como, mesmo frente a essa vicissitude, os membros da família podem continuar a desenvolver-se bem.

Cada vez mais a pesquisa precisa integrar os quatro conceitos de normalidade. Os estudos longitudinais permitirão entender melhor os processos que facilitam o desenvolvimento ótimo da família como um todo ao longo do tempo, ainda que essa apresente momentos de desorganização e, possivelmente, sintomas temporários.

Vale, aqui, lembrar Whitaker, um dos pioneiros da Terapia Familiar, que dizia, com certa dose de humor, que todas as famílias são basicamente normais e se tornam anormais devido à dor causada pelo processo de tentar ser normal.

A definição atual de saúde da OMS também incorpora a visão da saúde como processo resultante da interação de determinantes biológicos, físicos, psicológicos, sócio-econômicos e culturais, além da oportunidade de acesso aos serviços de promoção,

proteção e recuperação da saúde, enfatizando a interdependência dos vários níveis de organização do homem: como indivíduo e como parte de uma família e uma coletividade.

A saúde não pode, portanto, ser definida isoladamente. O impacto da cultura, incluídas, aqui, as questões de gênero, hoje tão discutidas (35), história e classe social são particularmente importantes. A definição de saúde passa, também, pela definição que o observador - avaliador tem dessas questões e, sem dúvida, não é um processo livre de julgamentos de valor e universalmente aplicável (04,18). O que é considerado adaptativo e criativo em uma cultura, em determinada época e classe social, pode ser desviante em outra.

Spiegel e Kluckholm, citados por Lewis (58), definem algumas perguntas e respostas que ajudam a entender os valores básicos de cada cultura. 1) Assim, qual é a relação do homem com a natureza? As culturas podem ser classificadas segundo vêem o homem subjugado pela natureza, em harmonia com a natureza ou mestre da natureza. 2) Qual é o foco temporal da vida humana? Pode ser o passado, o presente ou o futuro. 3) Qual é a modalidade de atividade humana? Pode ser “ser”, ser ao “tornar-se” ou “fazer”. 4) Qual é a modalidade das relações entre os homens? Pode ser linear, colateral ou individualista.

Lewis aponta como valores atuais da maioria da população americana aqueles essencialmente da classe-média: amestrar a natureza, viver para o futuro, fazer e o individualismo.

Nesta época de aldeia global, as classes médias e altas dos vários países parecem-se mais entre si que com a classe baixa de seus próprios países. Pensamos, portanto, que essa observação vale também para a maioria da classe média e alta brasileira. Essa orientação filosófica, sem dúvida, permeia e define os comportamentos considerados socialmente desejáveis ou normativos. Devemos nos perguntar, entretanto, o quanto é saudável no sentido de favorecer o desenvolvimento harmonioso de todos os membros da família e da comunidade e a preservação dos recursos ambientais indispensáveis à vida humana e à de outras espécies nas próximas gerações.

2.2. PRINCÍPIOS DA TEORIA DOS SISTEMAS APLICADOS AO ESTUDO DO FUNCIONAMENTO FAMILIAR

O estudo do funcionamento das famílias, em especial aquelas que favorecem o desenvolvimento harmonioso de todos os seus membros, permite-nos conhecer melhor os processos que favorecem a saúde

Os teóricos da Terapia Familiar Sistêmica conceituam a família como um sistema aberto que funciona em relação com o seu contexto sócio-cultural e que evolui ao longo do ciclo vital. Como um sistema interacional, as famílias funcionam seguindo regras e princípios comuns a todos os sistemas (4,5,123), resumidos por Walsh e Beavers nos

termos de entropia, causalidade circular, equifinalidade, comunicação, regras familiares, homeostase e morfogênese.

1) A teoria geral dos sistemas é baseada no conceito de entropia, um termo complexo que se refere ao estado de organização e à energia disponível no sistema. Num sistema fechado, sem aporte de energia do exterior, a tendência é aumentar a entropia rumo à total desintegração. A vida só é possível num sistema aberto, em que há troca de energia que permite o desenvolvimento e manutenção de estruturas flexíveis. O milagre da vida é permitido pela neguentropia, ou seja, a utilização da energia para o desenvolvimento de estruturas e a luta contra a inexorável destruição dos sistemas fechados. Quanto maior é o desenvolvimento de estrutura e flexibilidade, maior é a neguentropia do sistema. Os sistemas complexos organizam-se ao longo de uma gradação do caos, através da rigidez com alguma diferenciação de partes, em direção a uma maior flexibilidade, com a criação de estruturas coerentes com seu funcionamento. Essa descrição esquemática das características dos sistemas abertos correlaciona-se bem com o funcionamento das famílias, na gradação das mais disfuncionais às mais saudáveis.

2) Causalidade circular, é o conceito que se refere à família que é composta por vários indivíduos inter-relacionados, de forma que uma mudança em qualquer um deles afeta os demais e novamente o primeiro, de forma circular. Nessa seqüência cada ação é também uma reação.

3) O resultado é diferente da soma das partes: uma família não equivale à soma de seus membros, já que muitas qualidades surgem da interação entre eles. É importante observar os padrões interacionais que daí emergem.

4) Quanto à equifinalidade, a mesma origem pode levar a diferentes resultados ou um mesmo resultado pode ser oriundo de processos diversos. As vicissitudes da interação dos diferentes membros e suas circunstâncias explicam esse fenômeno.

5) Em relação à comunicação, todo comportamento é considerado como comunicação que transmite mensagens interacionais. Cada comunicação tem duas funções: a) transmitir conteúdos, dar informações, opiniões, expressar afetos e b) definir as regras da relação, através da forma como a comunicação é transmitida. Se esses dois componentes não estão claros, a comunicação se torna patológica.

6) Quanto às regras familiares, existem regras interacionais, explícitas ou implícitas que organizam as relações familiares, mantendo a estabilidade do sistema. Elas prescrevem e limitam os comportamentos dos membros da família, definindo papéis e ações que operam dentro do “princípio da redundância”, criando seqüências interacionais repetitivas e previsíveis. As regras familiares funcionam como normas enraizadas nas famílias de origem, tendo influências da religião, da cultura, da política, da classe social, da etnia, etc... São as regras de funcionamento que definem o estilo da família. Quando há alterações quantitativas das regras interacionais dizemos que ocorreu uma mudança de primeira ordem no sistema familiar.

7) O princípio da homeostase estabelece que há necessidade de manter a estabilidade do sistema. Para esse fim todos os membros da família contribuem através de comportamentos mutuamente reforçados ou desencorajados. Desvios importantes são seguidos de processos de retro-alimentação negativa que os desestimulam, de forma a regular a tensão criada e restabelecer o equilíbrio ou homeostase familiar.

8) Quanto à morfogênese, o passar do tempo e os eventos que vão incidindo na família exigem mudanças. Uma alteração qualitativa das regras interacionais (definida como mudança de segunda ordem) é exigida na passagem dos estágios do ciclo vital e, muitas vezes, em crises situacionais em que há perdas.

Do ponto de vista sistêmico, o sintoma individual pode funcionar como um regulador homeostático, por exemplo, a criança asmática pode aprender que as crises interrompem as brigas dos pais. Uma modificação da reação da família pode diminuir ou até fazer desaparecer os sintomas. Entretanto, se o padrão interacional disfuncional não mudar, há chances de que os sintomas voltem ou apareçam em outro membro da família.

Lewis e o grupo de Timberlawn (4,5,58) identificaram, através de pesquisas, algumas características que são comuns às famílias de ótimo funcionamento: divisão equitativa do poder entre os pais, espaço para expressão das idéias de todos e das variadas manifestações de afeto, estímulo à intimidade com autonomia responsável, mitologia familiar compartilhada, capacidade de negociar e resolver problemas, uso criativo do humor e envolvimento com a comunidade.

2.3. MODELOS DE ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO FAMILIAR E INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Existem muitos trabalhos de pesquisa analisando o funcionamento da família. Desses estudos desenvolveram-se vários instrumentos de pesquisa.

Uma extensa pesquisa bibliográfica das publicações indexadas na MEDLINE e ACTAPSICH, buscando referências quanto a questionários de avaliação diagnóstica do funcionamento da família, verificou que o FACES III é o questionário mais estudado, seguido do Beavers-Timberlawn e, logo após, do FES (de Moos e Moos). São também bastante citados o GARF, o McMaster e o de Reiss.

A questão do diagnóstico é um tema importante e constante na literatura sobre Terapia Familiar. Na primeira revista de Terapia Familiar, "Family Process", fundada em 1962, publicou-se um artigo de Haley sobre diagnóstico da família já num dos números iniciais, segundo citação da bibliografia.

Um artigo de Minuchin de 1966 (65) inclui a observação direta das interações familiares na execução de tarefas, com a equipe observando atrás do espelho unidirecional, como o método para a realização do diagnóstico familiar.

Na década de 60 vários outros pesquisadores estudavam sistematicamente famílias, entre eles Wynne, Lidz, Bowen e o grupo de Palo Alto, notabilizado pelo trabalho sobre o duplo vínculo na esquizofrenia. Wynne continua colaborando na área de

estudo do diagnóstico familiar, coordenando a elaboração do GARF e sua inserção no apêndice do DSM-IV.

Na década de 70 multiplicaram-se as pesquisas, mas o maior número de publicações só aparece mais tarde. Em 1976 Lewis, Beavers e colaboradores publicam o clássico "No Single Thread" (58) em que descrevem a pesquisa com famílias saudáveis e famílias com um adolescente com internação psiquiátrica e publicam seu instrumento de avaliação familiar, depois mais desenvolvido por Beavers e colaboradores (4,5,48).

Em 1979 Olson, Sprenkle e Russel publicam, em "Family Process", o seminal artigo "Circumplex model of marital and family systems: cohesion and adaptability, family types and clinical applications" (72).

Mas as discussões e publicações só parecem multiplicar-se no fim da década de 80 e início dos anos 90.

Em 1986, Olson publica a validação do FACES III em "Family Process" (76), instrumento diagnóstico construído a partir de duas tentativas anteriores: o FACES e o FACES II. Em 1985 publicara uma monografia (74), descrevendo o FACES III e citando estudos empíricos que provavam sua utilidade para diagnosticar e classificar famílias com diversos tipos de problemas: distúrbios de comportamento, alcoolismo, esquizofrenia, abuso sexual e outros.

Em 1989, Córdoba publica sua monografia "Familias no clinicas en Bogota - su funcionamiento segundo el modelo circunplejo de Olson" (22).

Muitos outros estudos, principalmente nos Estados Unidos, mas também na Itália, Austrália (84), Nova Zelândia, França (118), Japão (117), Noruega, Israel (6), Tchecoslováquia (90), Polónia, Índia (9), México (40) aparecem no início da década de 90, confirmando a possibilidade de aplicar o FACES III em suas populações, ainda que quase sempre sem estudos de validação bem sistematizados.

Concomitantemente começaram a aparecer, na revista "Family Process", artigos questionando o FACES III (3,20,27,45,46,88,121). A principal questão levantada é que o modelo circumplexo, que será descrito mais adiante, não é evidenciado pelo questionário FACES III.

A principal polêmica teórica ocorre entre os modelos de Olson e de Beavers, sendo que alguns querem juntá-los num esforço de integração de modelos (56,57) e outros vêem diferenças teóricas nos níveis de análise e também incongruências no FACES III com seu próprio modelo teórico (48).

Entretanto, continuam aparecendo artigos usando o FACES III como expressão do modelo circumplexo (49,84,96).

O próprio Olson reviu criticamente seu instrumento (79,80,81) e associou-se com Green, seu principal crítico, para desenvolver o FACES IV que deverá ser publicado em breve. Tratam de encontrar um instrumento que traduza psicometricamente o funcionamento circumplexo das famílias, que é percebido a nível clínico e conceituado pelos terapeutas de família como traduzindo bem o que ocorre com as famílias.

Enquanto isso, Beavers e seu grupo desenvolveram outro sistema completo de diagnóstico (4,5,48).

O mesmo ocorreu com outros grupos: Epstein e col.(30), Reiss e col.(71), Fleck (39), Wynne (128,129), Riskin (94,95), Moos e Moos (68,98,99), Lewis e col (58,59) e Belsky e col.(104).

Ao mesmo tempo, no campo da Psiquiatria Geral, desenvolvia-se o trabalho de transformação do DSM (25), manual americano de diagnóstico psiquiátrico, e da CID (19), a classificação internacional de doenças, publicada pela Organização Mundial de Saúde.

Uma série de pesquisadores e terapeutas de família, liderados por Wynne e Kaslow (51,52,53), juntou-se num grupo de colaboração com a Associação Psiquiátrica Americana e criou o GARF, uma avaliação global do funcionamento interacional da família, que já está incluído como apêndice no DSM-IV. Continuam trabalhando no sentido de construir uma classificação diagnóstica interacional, tendo como objetivo imediato incluir um eixo de "família e/ou problemas interacionais" na próxima edição do DSM, mas tendo, também, o objetivo de que alguns distúrbios interacionais possam ser classificados no eixo I, reconhecendo, com isso, que, em alguns casos, o distúrbio do indivíduo é consequência do distúrbio das relações (93).

A CID-10 apresenta códigos para "problemas interacionais" com três categorias:
a) problemas nas relações pais-filhos (abuso do filho, disciplina dos pais e alta-expressão

de emoções); b) problemas de relacionamento conjugal (ex: abuso físico ou sexual) e c) outros problemas interacionais.

O diagnóstico do funcionamento familiar, ou diagnóstico interacional como vem sendo denominado, ocupa ainda uma posição muito marginal, tanto no DSM-IV como na CID-10. É interessante, entretanto, frisar que ambos são mais sistemas classificatórios do que diagnósticos, no sentido de sistematizarem quadros sindrômicos com apresentações semelhantes sem, no entanto, referirem-se à etiologia ou aos fatores agravantes. O DSM-III e o DSM-IV surgiram sucessivamente em espaço de tempo relativamente curto, num grande esforço para criar uma linguagem comum sobre nosologia psiquiátrica. Seus organizadores referem que o período de tempo necessário para o surgimento do DSM-V será maior, porque aí se pensa incluir mais a questão da etiologia. Alguns pesquisadores sobre funcionamento familiar pensam que, no DSM-V, haverá, então, mais espaço para o diagnóstico interacional que, ao lado dos fatores biológicos, será reconhecido como fator causal ou facilitador de problemas psiquiátricos (11), como já foi, há muito tempo, identificado por Rutter em *Psiquiatria Infantil* (7,101) e vem sendo muito estudado na *Psiquiatria do Bebê* (83).

Uma questão importante que vem sendo discutida é a maneira de articular o diagnóstico do funcionamento familiar com o diagnóstico psiquiátrico individual (26,32,41). O *Manual de Diagnóstico Interacional*, editado por Florence Kaslow (51), em 1966, é parte do esforço no sentido de desenvolver a pesquisa e a visibilidade do diagnóstico familiar no campo da Psicologia e da Psiquiatria em geral. Nesse livro, Bodin (11) argumenta que não existe consenso sobre como classificar relações, mas que começam a emergir padrões. Ele adianta uma classificação em quatro grupos que une o

interacional e o individual: 1) distúrbio interacional bem definido, exemplificado pelo abuso físico e rupturas conflituosas de relações; 2) problemas interacionais bem definidos que estão associados com distúrbios individuais, como casos de depressão associados a problemas conjugais; 3) distúrbios que requerem dados interacionais para sua validação, como distúrbios de conduta de início precoce que precisam ser avaliados em conjunto com a relação pais-filho e 4) distúrbios individuais cujo início, curso e tratamento são fortemente influenciados por fatores interacionais, como ansiedade e depressão na vida adulta.

Essa maneira de associar as questões interacionais com o diagnóstico individual parece uma maneira adequada de começar a resolver essa questão difícil, tanto para a Psiquiatria Geral que enfatiza só os fatores etiológicos individuais quanto para a Terapia Familiar que, às vezes, se coloca em contraposição, como se falasse de fenômenos totalmente diferentes. É muito mais enriquecedor pensar que a Psiquiatria Geral e a Terapia Familiar não são antagônicas, mas que usam abordagens diferentes, descrevendo porções complementares da mesma realidade, que podem ser úteis na terapia quando usadas em associação.

Este é um rápido sumário da história do desenvolvimento do diagnóstico da família até o momento atual, com ênfase nos instrumentos diagnósticos que são o foco deste estudo. A seguir, descreveremos detalhadamente os três instrumentos e os modelos de que provêm. Também incluímos a descrição dos estudos de alguns dos grupos mais produtivos em pesquisas nessa área.

2.3.1. MODELO CIRCUMPLEXO DO FUNCIONAMENTO FAMILIAR

FACES III: ESCALA DE AVALIAÇÃO DA ADAPTABILIDADE E COESÃO FAMILIAR

A escala FACES III (sigla que significa Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales, ou Escalas de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar) é a terceira versão das escalas FACES. Essas foram planejadas para avaliar as duas dimensões centrais do Modelo Circumplexo de funcionamento familiar: coesão e adaptabilidade. Tais características, juntamente com uma terceira, a comunicação familiar, foram identificadas, num cuidadoso estudo, feito por Olson e colaboradores, de várias teorias do funcionamento familiar como as mais importantes e aquelas que, com denominação ou formulações teóricas diferentes, são utilizadas por todos os estudiosos. Foram estudados os trabalhos de Beavers (da equipe de Lewis no Hospital Timberlawn), Wynne, Epstein (do modelo Mc Master), Bowen, Minuchin, Reiss, Lidz, Kantor e Lehr, Stierlin e Moos e Moos (do FES), entre outros, para chegar a essas três dimensões (72,73,74).

A coesão familiar avalia o grau em que os membros da família são separados ou conectados em relação ao grupo familiar. Define-se coesão como a ligação emocional que os membros da família têm uns em relação aos outros. Os conceitos específicos para medir a coesão são ligação emocional, limites interpessoais, coalizões, tempo, espaço, amigos, processos de tomada de decisão, interesses e recreação.

A adaptabilidade familiar refere-se à flexibilidade do sistema familiar para promover mudanças. A adaptabilidade é definida como a capacidade de um sistema conjugal ou familiar de mudar sua estrutura de poder, os papéis interacionais e as regras da relação em resposta a situações de estresse situacional ou do desenvolvimento. Os conceitos específicos para diagnosticar e medir a dimensão de adaptabilidade são poder familiar (assertividade, controle, disciplina), estilo de negociação, papéis interacionais e regras interacionais.

A comunicação é a terceira dimensão e facilita o movimento nas outras duas dimensões. Há escalas específicas para medi-la.

A escala FACES foi sendo gradativamente testada e aperfeiçoada. O FACES III (que data de 1985) (escala 1), é uma escala auto-respondida de vinte perguntas. As dez ímpares dizem respeito à coesão e as dez pares referem-se à adaptabilidade. As perguntas admitem cinco respostas diferentes (quase nunca, raramente, às vezes, freqüentemente e quase sempre) e são expressas de forma muito simples para poderem ser entendidas e respondidas, inclusive por adolescentes maiores de doze anos. O objetivo é obter as respostas de todos os membros da família, de forma que estejam representadas, no resultado, as várias percepções do funcionamento da família. Na análise trabalha-se com médias e também com discrepâncias entre os escores.

Escala 1

FACES III

1 2 3 4 5
 Quase nunca Raramente Às vezes Frequentemente Quase sempre

DESCREVA SUA FAMÍLIA ATUALMENTE :

- 1- Os membros da família pedem ajuda uns aos outros.
- 2- Seguem-se as sugestões dos filhos na solução de problemas.
- 3- Aprovamos os amigos que cada um tem.
- 4- Os filhos expressam sua opinião quanto a sua disciplina.
- 5- Gostamos de fazer coisas apenas com nossa família.
- 6- Diferentes pessoas da família atuam nela como líderes.
- 7- Os membros da família sentem-se mais próximos entre si que com pessoas estranhas à família.
- 8- Em nossa família mudamos a forma de executar as tarefas domésticas.
- 9- Os membros da família gostam de passar o tempo livre juntos.
- 10- Pai(s) e filhos discutem juntos os castigos.
- 11- Os membros da família se sentem muito próximos uns dos outros.
- 12- Os filhos tomam as decisões em nossa família.
- 13- Estamos todos presentes quando compartilhamos atividades em nossa família.
- 14- As regras mudam em nossa família.
- 15- Facilmente nos ocorrem coisas que podemos fazer juntos, em família.
- 16- Em nossa família fazemos rodízio das responsabilidades domésticas.
- 17- Os membros da família consultam outras pessoas da família para tomarem suas decisões.
- 18- É difícil identificar o(s) líder(es) em nossa família.
- 19- A união familiar é muito importante.
- 20- É difícil dizer quem faz cada tarefa doméstica em nossa casa.

POR FAVOR, INDIQUE SEU LUGAR NA FAMÍLIA :

MÃE ___ PAI ___ FILHO ___ (LEMBRE QUE O FILHO MAIS VELHO CORRESPONDE AO Nº 1)

Foi também elaborada uma escala do funcionamento ideal, com a idéia de permitir uma avaliação da satisfação com o funcionamento da família, que consta dos mesmos vinte itens, descritos sob a forma do desejado para aquela questão. Essa escala também permite avaliar as variações culturais e étnicas (só seria patológico o extremo que destoia do esperado naquela cultura). Olson e seus colaboradores desenvolveram também uma escala de avaliação clínica das dimensões de coesão e adaptação para aferição pelos profissionais envolvidos com a família.

O Modelo Circumplexo, além de definir as dimensões de coesão e adaptação como as mais importantes evidências do funcionamento da família, postula que famílias sem problemas têm níveis médios de ambas, enquanto que as famílias clínicas tendem a ter valores extremos.

Olson criou uma classificação para a coesão, dividindo seus valores em quatro: famílias separadas e conectadas têm valores menores de coesão e famílias aglutinadas e desligadas, os valores maiores. Quantitativamente, a média dos valores dos membros define o ponto central. Até um desvio padrão à esquerda ficam as famílias separadas, à direita as conectadas e, a partir de um desvio padrão, as famílias desligadas e aglutinadas, respectivamente.



Olson criou uma classificação semelhante para a adaptabilidade: com os valores mais baixos, até um desvio padrão, à esquerda do ponto médio estão as famílias flexíveis e à direita as estruturadas e, além de um desvio padrão as caóticas e as rígidas, respectivamente à esquerda e à direita.



Olson e seu grupo classificam as famílias em três grupos, utilizando a combinação das características de coesão e adaptabilidade, constituindo o equivalente a três grupos de

risco: 1) famílias balanceadas (que correspondem a famílias de baixo risco), 2) famílias de risco médio e 3) famílias de alto risco. A classificação é feita de acordo com o quadro abaixo:

Famílias Balanceadas	<ol style="list-style-type: none">1. separada + estruturada2. separada + flexível3. conectada + estruturada4. conectada + flexível
Famílias de Risco Médio	<ol style="list-style-type: none">1. separada + rígida2. separada + caótica3. conectada + rígida4. conectada + caótica5. estruturada + desligada6. estruturada + aglutinada7. flexível + desligada8. flexível + aglutinada
Famílias de Alto Risco	<ol style="list-style-type: none">1. desligada + rígida2. desligada + caótica3. aglutinada + rígida4. aglutinada + caótica

Segundo o modelo circunplexo, as famílias balanceadas são as mais próximas da média, seguidas das famílias de risco médio e nas extremidades estão as de alto risco, conforme pode ser visto na Figura 1.

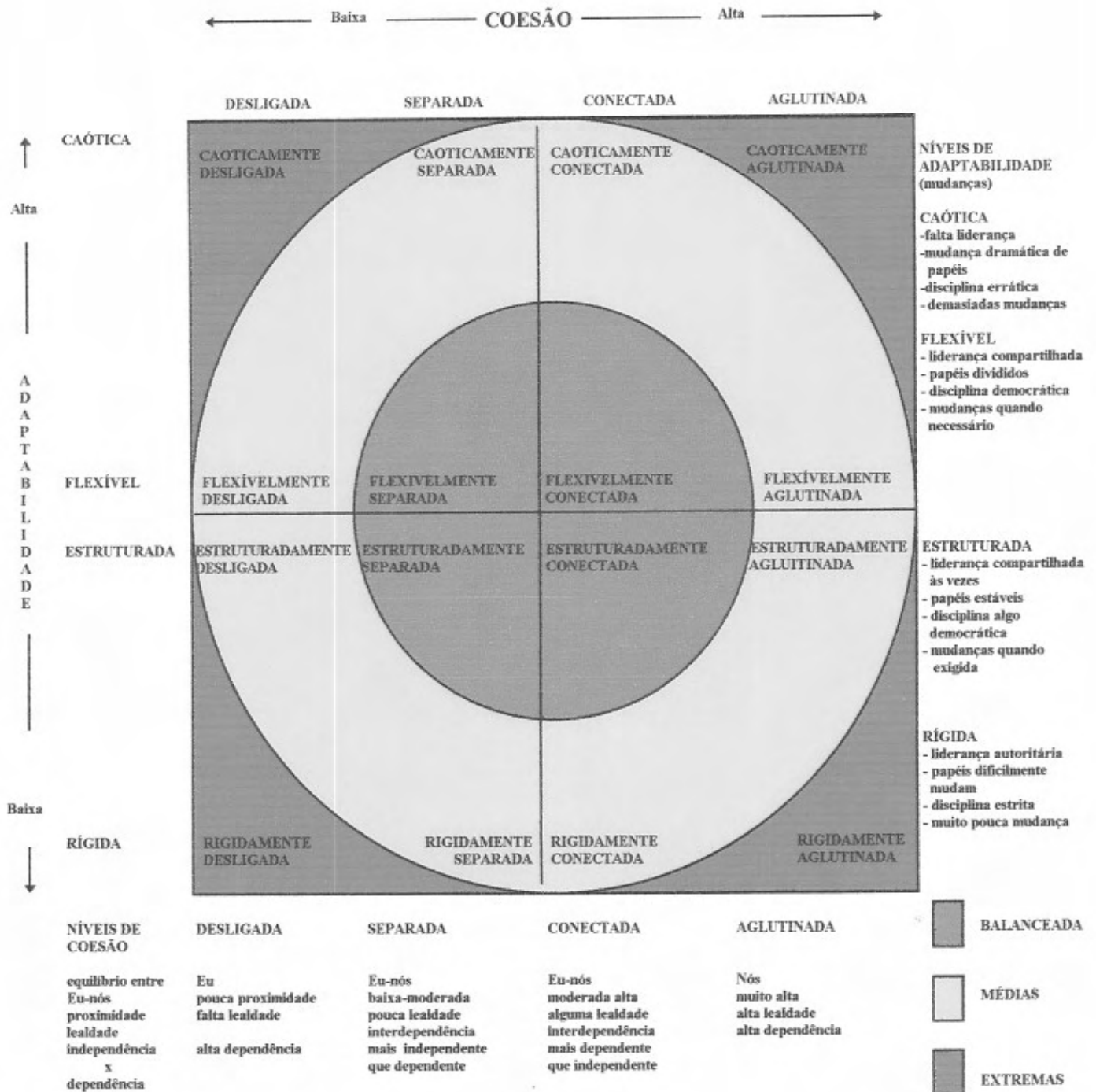


FIGURA 1 Modelo Circumplexo - Dezesesseis tipos de sistemas maritais e familiares

A terminologia "circumplexo" foi tomada emprestada de Guttman. Eckblad (27) critica o uso do termo feito por Olson, dizendo que Guttman combinou variáveis lineares e não curvilíneas como teoricamente define o Modelo Circumplexo.

Na monografia FACES III (74) de 1985, Olson, Portner e Lavee definem as características da escala em termos de confiabilidade, consistência interna e confiabilidade teste-reteste, mostrando que a escala é útil. Os critérios utilizados são os mesmos descritos por Streiner (115) para definir a utilidade de uma escala. Em termos da validação, a "face-validity" e a validação do conteúdo são bons. Quanto à validade dos construtos, a correlação entre a coesão e adaptabilidade foi reduzida a zero, assim como a correlação entre adequação social e adaptabilidade, mas o mesmo não foi possível com a coesão. Definem também os valores normativos para coesão e adaptação, a partir de um estudo da aplicação do FACES III a 1140 famílias, numa pesquisa nacional com famílias "sem problemas" utilizando os critérios de Riskin. Em seu estudo, os valores foram um pouco diferentes nas famílias com filhos adultos, com filhos adolescentes e nos casais jovens (Tabela 1).

Olson cita, nessa monografia, duzentos projetos de pesquisa em andamento, usando o FACES III. De fato, ela é a escala auto-respondida de funcionamento familiar mais citada na literatura.

Os estudos que Olson cita comprovam que as famílias não clínicas tendem a ter valores mais balanceados e as famílias clínicas valores mais extremos. Esse e outros trabalhos são apresentados mais detalhadamente no livro de 1989 "Circumplex Model: Systemic assessment and treatment of families" (77), em que também se enfatiza a

utilidade do instrumento na clínica, sensibilizando as famílias em relação aos objetivos do tratamento e avaliando as mudanças alcançadas.

TABELA 1 Descrição dos valores normativos do FACES III, segundo Olson

População de 1140 famílias: coesão média 39,80 (DP=5,40)
adaptabilidade média 24,10 (DP=4,70)

	VALORES (com filhos adultos)		VALORES (com filhos adolescentes)		VALORES (casais jovens)	
		%		%		%
COESÃO						
Desligada	10-34	16,30	10-31	18,60	10-36	14,90
Separada	35-40	33,80	32-37	30,30	37-42	37,20
Conectada	41-45	36,30	38-43	36,40	43-46	34,90
Aglutinada	46-50	13,60	44-50	14,70	47-50	13,00
ADAPTABILIDADE						
Rígida	10-19	16,30	10-19	15,90	10-21	13,20
Estruturada	20-24	38,30	20-24	37,30	22-26	38,80
Flexível	25-28	29,40	25-29	32,90	27-30	32,00
Caótica	29-50	16,00	30-50	13,90	31-50	16,00

Um estudo de aplicação do FACES III que merece citação especial, por ser o único realizado na América do Sul, é o de Ángela Córdoba (22): "Familias no clinicas de Bogota: su funcionamiento segundo el modelo circuplejo" publicado na Colombia em 1989. Nele, Córdoba avalia uma amostra não aleatória de 203 famílias e encontra valores para a coesão e adaptabilidade próximos aos de Olson, concluindo que o instrumento pode ser usado em seu país. Córdoba traduziu e aplicou a escala, sem compará-la com um padrão-ouro local.

A validação em língua francesa (118), apesar de fazer alguns reparos a conceitos que julga próprios da cultura americana, também considera a escala adequada para uso na França. Não foi utilizado padrão-ouro para comparação nesse estudo.

Por outro lado começam a ser publicados estudos que criticam o FACES III. Já em 1986, o próprio Olson (76) chama a atenção para a dificuldade do FACES III demonstrar a validade do modelo circumplexo, dizendo que, nas famílias sem problemas, a coesão e adaptabilidade se comportam linearmente, ou seja, quanto maior a saúde mental da família maior a sua coesão e adaptabilidade.

Outro dado a favor dessa visão são os achados de Córdoba de que, quanto à coesão e adaptabilidade, quando as famílias se referem ao seu ideal de funcionamento, ambas as médias são maiores que as do funcionamento atual. Outros estudos confirmam essa tendência (119,121).

Achados semelhantes são sublinhados por Green (45,46) em 1991, no seu estudo de 2440 famílias, em que avalia independentemente os valores da coesão e da adaptabilidade dos maridos e das esposas, comparando-os com a resposta a outros testes, chegando à conclusão de que ambos são lineares e que só a coesão se correlaciona de forma significativa com a saúde mental. Green vai além, recomendando que se pare de usar a combinação da coesão e da adaptabilidade para classificar as famílias, abandonando essa forma de tentar representar o modelo circumplexo de funcionamento familiar. Sugere que se use a medida da coesão por essa apresentar correlação linear com o funcionamento familiar.

Outra polêmica que merece citação é a introduzida por Lee (56,57) em 1988, também na revista "Family Process", a respeito da comparação dos conceitos de adaptabilidade de Olson e de Beavers. Considera que Olson pensa na quantidade de mudança, um conceito de primeira ordem (por isso curvilíneo teoricamente), enquanto

que Beavers se refere à competência de fazer mudanças nas regras de funcionamento do sistema, um conceito de segunda ordem e, portanto, linear, ou seja, quanto mais a família tiver essa capacidade melhor será o seu funcionamento. Lee sugere o diálogo e a necessidade de síntese entre os modelos de tipologia familiar. Hampson e Beavers (48) replicam, dizendo que o modelo Beavers é um modelo teoricamente independente e que a tentativa de juntá-los introduziria confusão.

De fato, outros estudos tentando correlacionar as dimensões do FACES com as de outros instrumentos (10,30,68,85,94,107,119), não conseguem demonstrar correlações estatisticamente significativas entre os parâmetros, que são aparentemente semelhantes. Os resultados conflitivos se originam de diferenças em vários níveis: na organização da amostra, nos métodos de colheita, nas técnicas de análise dos dados e, também, nas diferentes construções teóricas.

Assim como Green, vários outros estudos (62,88,89,119,121) definem as medidas do FACES III como lineares. Em 1994 aumenta o debate com um artigo na revista "Family Process", de Cluff e colaboradores (20), em que o Modelo Circumplexo é questionado. Olson (79,80) responde, admitindo que a escala FACES III não se mostrou adequada na medição do modelo curvilíneo, mas que isso põe apenas o instrumento em questão e não o modelo teórico. Apresenta, também, um modelo circumplexo tridimensional, que responde a questões colocadas pelo grupo de Beavers (48) e por Lee (56,57) em relação à apresentação das mudanças de segunda ordem (Figura 2). Adianta que ele e seu grupo, ao qual se juntou Green, estão trabalhando arduamente na construção do FACES-IV que deve ser publicado em breve.

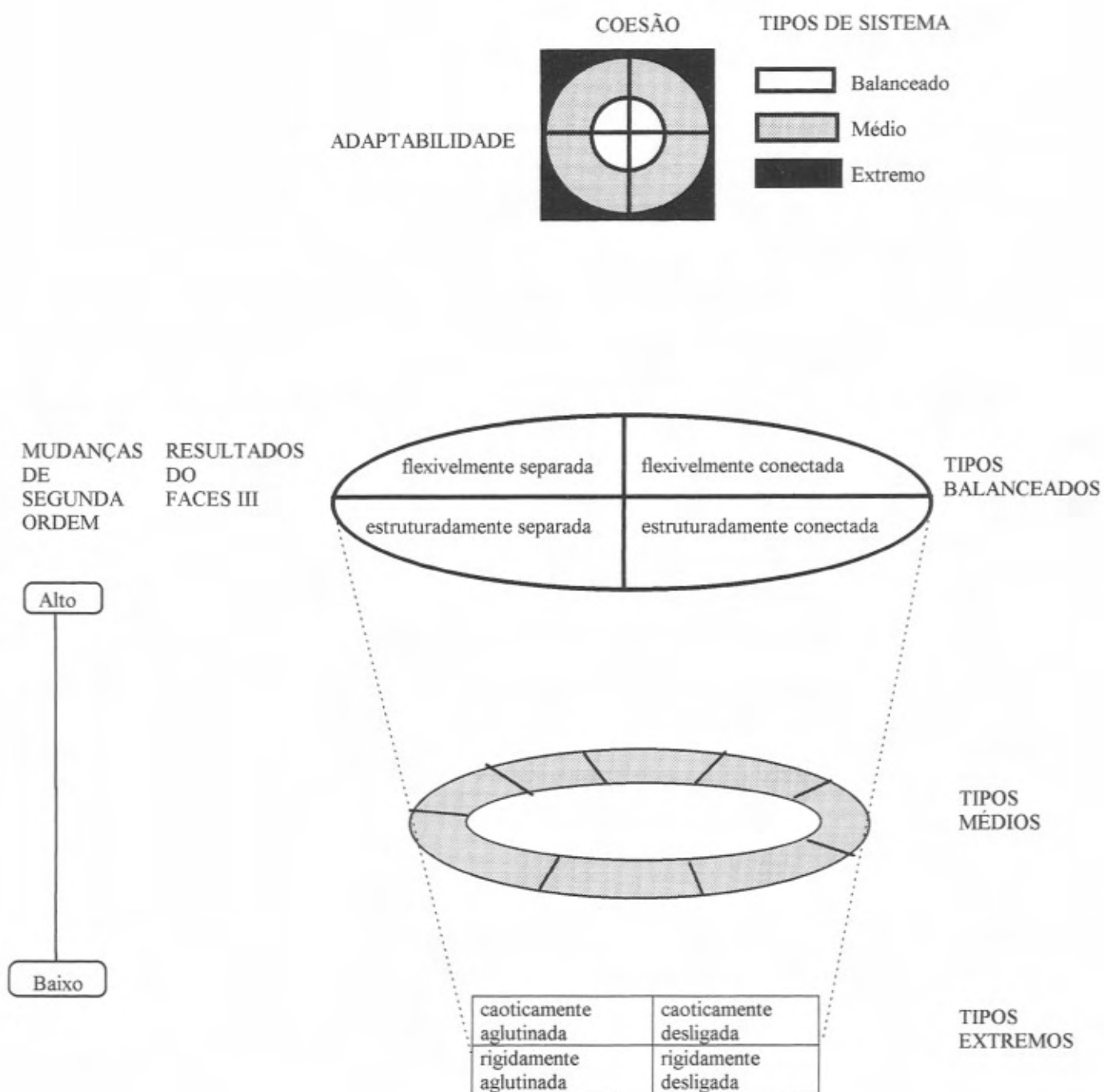


FIGURA 2 Modelo circunplexo familiar tridimensional

2.3.2. MODELO BEAVERS-TIMBERLAWN DE FUNCIONAMENTO FAMILIAR: ESCALA DE AVALIAÇÃO FAMILIAR BEAVERS-TIMBERLAWN

No ano de 1976 Lewis, Beavers, Gossett e Phillips publicaram o livro "No single Thread" (58) com os resultados de suas pesquisas sobre o funcionamento de famílias sem problemas, comparadas com famílias pareadas em que um filho adolescente estava hospitalizado no Timberlawn Psychiatric Hospital em Dallas, Texas, nos Estados Unidos. Usaram, em suas avaliações, vários métodos de aferição do funcionamento da família, do casal e de cada indivíduo.

Todos os capítulos do livro são escritos pela equipe, exceto o capítulo três em que se discute o diagnóstico da família, escrito apenas por Beavers. Na época ele já desenhava uma classificação familiar, dividindo as famílias em saudáveis, médias e severamente disfuncionais.

As famílias saudáveis, segundo Beavers, apresentam "as características de um sistema altamente neuentrópico. A estrutura é clara e flexível e leve de suportar. A funcionalidade é a maior preocupação. Mudanças de direção não são ameaçadoras e mesmo o menor dos filhos é considerado capaz de contribuir. Eles gostam de negociações e agradecem novas contribuições ao sistema: examinam, avaliam, mas aceitam. De muita importância é um alto respeito pelas necessidades biológicas. A necessidade de intimidade não é vista como fraqueza. A raiva é enfrentada como um sinal de que algo

precisa ser mudado ou corrigido. O interesse sexual é, em geral, considerado uma força positiva”.

Beavers identifica cinco qualidades da família consideradas importantes para o desenvolvimento de indivíduos capazes, adaptativos e saudáveis: 1) estrutura de poder: a estrutura de poder é clara e compartilhada de forma igualitária pelos pais (mesmo que não tenham funções idênticas); 2) grau de individuação dos membros da família: as famílias saudáveis prestigiam os esforços de individuação ao mesmo tempo que facilitam a interdependência; 3) aceitação de separações e perdas: as famílias saudáveis superam as perdas, já que, por definição, a família saudável é aquela capaz de se "autodissolver", permitindo a saída de seus filhos de casa; 4) percepção da realidade: compartilham uma mitologia familiar verificável pelo observador e reconhecem as conseqüências da passagem inexorável do tempo; 5) afeto: o afeto predominante nas famílias saudáveis é de afeição e carinho, caracterizam-se por ser otimistas e confiantes, permitem a circulação e manejo de todos os tipos de afeto, sejam de conotação positiva ou negativa; o uso do humor constitui-se num importante mecanismo para lidar com dificuldades.

As famílias médias e severamente disfuncionais têm graus crescentes de dificuldades nas várias áreas. Postula-se que, como conseqüência, alterações nesses parâmetros do funcionamento familiar facilitam o aparecimento de patologia psiquiátrica de menor ou maior intensidade.

Baseada nesse modelo teórico, já testado em pesquisas prévias, a equipe da Fundação Timberlawn elaborou a escala de avaliação familiar que chamou de Beavers-Timberlawn, em que são dadas notas de um a cinco para as diversas dimensões de

funcionamento, divididas em treze itens. Há também uma nota global do funcionamento (de um a dez). A escala é preenchida por observadores treinados (Escala 2).

ESCALA 2

Escala de avaliação familiar de Beavers-Timberlawn

I. ESTRUTURA DA FAMÍLIA

1. Evidências de distribuição de poder

1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5
Caos		Marcada Dominação		Moderada Dominação		Liderada		Igualitária
Sem líder; ninguém tem poder suficiente para estruturar a interação.		Controle próximo ao absoluto. Não há negociação. Dominação e submissão são a regra.		Controle próximo ao absoluto. Alguma negociação, mas dominação e submissão são a regra.		Tendência a haver dominação e submissão, mas a maioria das interações é através de negociação respeitosa.		Liderança dividida entre os pais, mudando com a natureza da interação.

2. Coalizões parentais

1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5
Coalizão principal é entre pai (ou mãe) e filho				Coalizão parental fraca				Coalizão parental forte

3. Intimidade

1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5
Limites entre os indivíduos são amorfos e indistintos.				Isolamento e distância.				Intimidade com limites individuais bem distintos

4. Mitologia - Congruência da mitologia familiar (como a família define seu próprio funcionamento) com a realidade observável

1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5
Muito congruente		Congruente na sua maior parte				Algo incongruente		Muito incongruente

5. Capacidade de negociar e resolver problemas

1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5
Extremamente eficiente		Boa				Pouco eficiente		Extremamente ineficiente

II . AUTONOMIA

6 . Clareza da comunicação individual de pensamentos e sentimentos.

1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5
Muito clara				Algo vaga e escondida				Quase nunca as pessoas são claras

7 . Grau de responsabilidade assumida pelos membros sobre suas ações passadas, presentes e futuras.

1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5
Em geral os membros assumem responsabilidade por suas ações individuais				As vezes membros assumem a responsabilidade por suas ações individuais, mas a tática também inclui acusação de outros, falar na terceira pessoa ou no plural				Membros raramente ou nunca assumem responsabilidade por ações individuais

8 . Invasão da individualidade do outro (falam um pelo outro, "lêem a mente" do outro)

1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5
Muitas invasões				Invasões ocasionais				Não há evidência de invasões

9 . Receptividade, abertura e permeabilidade dos membros às comunicações dos outros.

1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5
Muito grande		Moderadamente grande				Membros freqüentemente não são receptivos		Membros não são receptivos

III . AFETO DA FAMÍLIA

10 . Grau de expressividade dos vários tipos de sentimentos

1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5
Expressão direta de grande variedade de sentimentos		Expressão direta de muitos sentimentos apesar de alguma dificuldade		Restrição óbvia na expressão de alguns sentimentos		Apesar de haver alguma expressão de sentimentos, a maioria é mascarada		A expressão de sentimento é pequena ou inexistente

11 . Tipo de afeto predominante

1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5
Em geral afetuosos, com humor e otimismo		Polidos, com pouca expressão de afeto ou calor, freqüentemente hostis, com algumas circunstâncias de prazer		Abertamente hostis		Deprimidos (desvitalizados)		Cinicos, desesperançados e pessimistas

12 . Grau de conflito que parece impossível de resolver-se

1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5
Conflito severo, com graves problemas de funcionamento do grupo		Presença evidente de conflito, com problemas de funcionamento do grupo		Presença evidente de conflito, com leves problemas de funcionamento do grupo		Algumas evidências de conflito, sem problemas de funcionamento do grupo		Pouco ou nenhum conflito impossível de resolver-se

13 . Empatia: grau de sensibilidade e compreensão dos membros em relação aos sentimentos dos outros

1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5
Respostas empáticas são consistentes		Maioria das respostas são empáticas, apesar de haver óbvia resistência		Tentativa de envolvimento empático, mas sem consistência		Ausência de respostas empáticas		Respostas obviamente inapropriadas aos sentimentos dos membros

14 . ESCALA GLOBAL: Saúde-Patologia

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Mais sadias									Mais patológicas

Em 1982, Beavers publicou um capítulo no livro "Normal Family Processes", de Froma Walsh (123), em que rediscute os achados. Classifica sete tipos de funcionamento familiar, resumidos num esquema em que, no eixo horizontal, consta a adaptabilidade

familiar, que define seu desenvolvimento e, no eixo vertical, o estilo de funcionamento da família, que pode ser predominantemente centrípeto ou centrífugo (conceitos que Beavers tomou emprestados de Stierlin e também lembram as definições de Minuchin de famílias aglutinadas e desligadas). Define a adaptabilidade como uma dimensão linear, ou seja, quanto mais presente melhor para a saúde mental da família e a dimensão estilística como curvilínea, postulando que famílias saudáveis são capazes de usar ambos os estilos segundo as necessidades, sem fixarem-se em nenhum.

Os sete tipos de funcionamento familiar descritos por Beavers são os seguintes: (figura 3)

1) Famílias ótimas: apresentam as características anteriormente descritas. Seus membros passam por períodos de dificuldades, mas não estruturam patologia psiquiátrica.

2) Famílias adequadas: formadas por indivíduos competentes e sem patologia, mas freqüentemente observa-se um ambiente mais tenso e sofrimento em algum membro da família, em geral depressão ou manifestação psicossomática nas mães.

3) Famílias médias, de estilo centrípeto: freqüentemente apresentam indivíduos neuróticos. Nessas famílias, a coalizão parental não é nunca igualitária e sem conflito (o padrão ou é de submissão-dominação, ou é de constante luta por controle). A interação dos pais com os filhos é caracterizada por lutas por poder explícitas ou subliminares. Coalizões "edípicas" são freqüentes. O clima geral é contido por métodos de controle que, em geral, são eficazes. Essas famílias excluem, de seu repertório, boa parte das experiências humanas, não aceitando, por exemplo, o fenômeno universal da ambivalência. Funcionam baseadas em um estilo rígido de arbítrio (as regras podem ser

de origem religiosa, política ou outra). Os estereótipos de gênero de “homem forte” e “mulher dadivosa” são freqüentemente rígidos.

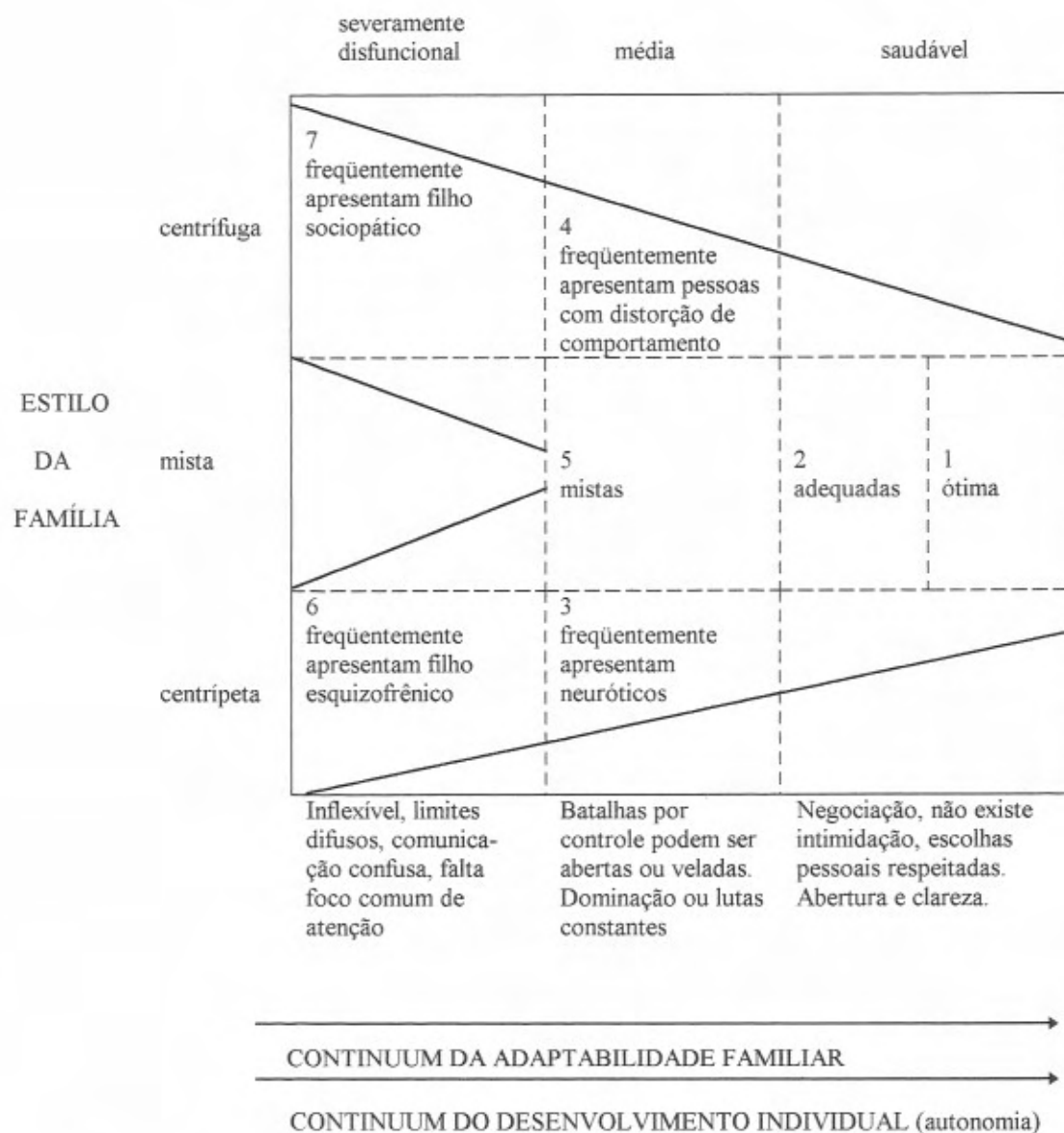


FIGURA 3 Classificação do estilo e competência familiar segundo Beavers e col.

4) Famílias médias, de estilo centrífugo: freqüentemente apresentam pessoas com distúrbios de comportamento. Em contraste com o grupo anterior, a coalizão parental não é eficaz: ambos os pais se sentem ineficazes para seguir regras e habitualmente brigam pelo controle dos filhos, acusando um ao outro dos fracassos. Alianças ilícitas entre um ou outro dos pais e filhos são freqüentes. Acreditam nos estereótipos sexuais de gênero mas não conseguem segui-los. Expressões de carinho freqüentemente provocam ansiedade. Sentimentos negativos e sua expressão fornecem a energia para os movimentos centrífugos. A relação com os terapeutas freqüentemente é de desafio aberto ou apenas colaboração superficial. A autoridade do terapeuta tende a ser usada apenas como um instrumento para culpar (não mudar) os outros.

5) Famílias médias mistas: alternam comportamentos centrífugos e centrípetos. Tipicamente, a coalizão parental varia de momentos de dominação-submissão a outros de luta por poder. Os filhos alternam aceitação e desafio do controle parental.

6) Famílias severamente disfuncionais, de estilo centrípeta: freqüentemente apresentam filhos esquizofrênicos. São famílias inflexíveis, com pouca diferenciação individual e ineficazes, ao enfrentarem problemas do desenvolvimento ou situacionais. A estrutura de poder é mal definida; a comunicação não é clara, é inefetiva e insatisfatória, não havendo foco comum de atenção; há problemas extremos com limites interpessoais; pouca capacidade de negociação e um ambiente afetivo predominantemente deprimido ou cínico, com ambivalência tipicamente aparecendo de forma seqüencial. Nega-se a passagem do tempo. Além dessas características, a família centrípeta, tem uma fronteira,

ao seu redor, quase impermeável, sendo freqüentemente vista como "estranha" pelos vizinhos e não facilitando a separação dos filhos.

7) Famílias severamente disfuncionais centrífugas: freqüentemente apresentam filhos sociopáticos. Caracterizam-se por ter uma fronteira extremamente difusa com o meio ambiente e uma organização familiar instável. Os pais são inconstantes, filhos fogem de casa, sendo difícil definir quem faz parte da família. As interações são marcadas por competição, manipulação do humor e conflito aberto que nunca é resolvido. Como as habilidades interpessoais são escassas, mesmo quando pais e filhos deixam a casa, tendem a ser malsucedidos e voltar tão carentes e hostis quanto antes. A disciplina é tentada através de intimidação, mas, em geral, falha por sua inconsistência e falta de relações interpessoais positivas. A falta de empatia é marcante, sendo freqüentes as brigas e comportamentos anti-sociais, que podem ser entendidos como defesas contra a dor e a tristeza da carência emocional, que não se permitem expressar.

Há várias referências à escala de avaliação e à classificação de Beavers na literatura, como no livro de Schwab e cols. "Evaluating family mental health" de 1993 (104). Artigos em revistas (13,48,56,57,97) revisam e confirmam sua confiabilidade, validade e aplicabilidade e a comparam com outros sistemas de avaliação e classificação, em especial o Modelo Circumplexo de Olson.

2.3.3. ESCALA GARF (Avaliação Global do Funcionamento Interacional)

A Escala GARF (sigla em inglês para Avaliação Global do Funcionamento Interacional) é o produto mais importante da Coalizão para o Diagnóstico Familiar criada em 1988 pela união do Comitê para o Avanço da Psiquiatria - Seção de Terapia Familiar, da Associação Psiquiátrica Americana, coordenada por Lyman Wynne, com a Divisão de Psicologia Familiar da Associação Americana de Psicologia, coordenada por Florence Kaslow. Hoje fazem parte da coalizão pelo menos mais quatorze organizações relacionadas ao trabalho com famílias (51,52,53,116). Robert Beavers, autor da escala Beavers-Timberlawn faz parte do Comitê.

O grupo conseguiu incluir o GARF como um adendo no livro de opções do DSM-IV, publicado em 1994 pela Associação Americana de Psiquiatria, e continua a batalhar para que seja incluído em um dos eixos da classificação penta-axial. Considera que a inclusão do diagnóstico interacional é fundamental para a compreensão de que os problemas humanos se desenvolvem e se resolvem de forma interacional num contexto biopsicossocial. Advoga o uso de uma linguagem flexível, capaz de facilitar a comunicação a nível da clínica, da teoria e da pesquisa. Além disso, não descuida o grande problema atual do sistema de saúde mental americano ligado ao pagamento do tratamento pelas companhias de seguro, defendendo que um diagnóstico correto e ético é fundamental para o processo de reembolso pelas companhias (127).

A Escala GARF, que divide a família em cinco níveis de funcionamento (de forma muito próxima à classificação de Beavers e integrando conceitos e observações de numerosos trabalhos de pesquisa), permite ao observador dar uma nota contínua de 1 a 100, para expressar o mais aproximadamente possível sua avaliação da família.

A escala GARF é análoga ao eixo 5 do DSM-IV, que traduz o nível global de funcionamento individual.

A escala GARF (Escala 3) permite avaliar o grau de preenchimento pela família das necessidades individuais afetivas e instrumentais, nas seguintes áreas:

1) Solução de problemas: capacidade de negociar objetivos, regras e rotinas; adaptabilidade ao estresse; capacidade de comunicação; capacidade de resolver conflitos.

2) Organização: manutenção de papéis interpessoais e limites dos subsistemas; funcionamento hierárquico; coalizões e distribuição do poder, controle e responsabilidade.

3) Clima emocional: clima e amplitude dos afetos; qualidade dos cuidados, empatia, envolvimento e ligação/comprometimento; comunhão de valores; respostas afetivas interpessoais e respeito; qualidade do funcionamento sexual.

ESCALA 3

ESCALA GARF

(avaliação global do funcionamento interacional)

NOTA: Leia toda a escala cuidadosamente antes de dar sua avaliação. Use escores específicos, intermediários quando possível, p.ex. 45,68, 72. Se não há informação detalhada adequada para dar escores específicos, use pontuações médias nas cinco partes, isto é, 90, 70, 50 ou 10.

5. (81-99) Existem padrões e rotinas combinados que permitem a satisfação das necessidades habituais de cada participante; existe flexibilidade para mudar a resposta a eventos ou necessidades fora do usual; conflitos ocasionais e transições difíceis são resolvidos através de comunicações e negociações destinadas a solucionar problemas.

Existe um entendimento compartilhado e acordo sobre os papéis e tarefas apropriados; a tomada de decisões é estabelecida para cada área funcional; existe reconhecimento das características particulares e dos méritos de cada subsistema (p.ex. pais/casal, irmão e indivíduos).

Existe uma atmosfera otimista nas relações apropriada para a situação; uma grande variedade de sentimentos é livremente expressa e elaborada; há uma atmosfera geral de calor, carinho e valores compartilhados. As relações sexuais dos adultos são satisfatórias.

EM SUMA: A unidade interacional está funcionando satisfatoriamente segundo o relato dos participantes e a perspectiva dos observadores.

4. (61-80) A maioria dos problemas interacionais corriqueiros é resolvida adequadamente, mas existe dor e dificuldade em responder a situações incomuns. Alguns conflitos permanecem não resolvidos, mas não perturbam a relação.

A tomada de decisões é feita, em geral, de forma competente, mas o esforço para o controle dos membros entre si, às vezes, é maior que o necessário e/ou é inefetivo. Indivíduos e coalizões são claramente demarcados mas, às vezes, são depreciados ou discriminados.

Uma gama de sentimentos é expressa, mas é evidente que há áreas de bloqueio emocional e tensão. Calor e carinho estão presentes, mas são marcados por irritabilidade e frustração. A atividade sexual dos adultos pode ser algo insatisfatória e problemática.

EM SUMA: O funcionamento da unidade interacional é algo insatisfatório. São resolvidas muitas das dificuldades que ocorrem ao longo do tempo, mas não todas elas.

3. (41-60) A comunicação, a solução de problemas e as atividades rotineiras, com bastante frequência, são inibidas ou atrapalhadas por conflitos não resolvidos; há dificuldade moderadamente grave em adaptar-se a situações de stress e transições, como saídas da família, mortes, nascimentos e casamentos.

A tomada de decisões é só intermitentemente competente e efetiva; nessas situações observa-se excessiva rigidez ou falta significativa de estrutura. As necessidades individuais estão frequentemente submersas.

Dor e/ou raiva inefetiva ou paralisia emocional interferem com a possibilidade de compartilhar alegrias. Apesar de haver algum calor e apoio para os membros, esses, em geral, são desigualmente distribuídos. Problemas sexuais entre os adultos são frequentes.

EM SUMA: Apesar de haver períodos ocasionais de funcionamento satisfatório e competente das relações, aquelas disfuncionais e insatisfatórias tendem a prevalecer.

2. (21-40) Os padrões e rotinas interacionais não satisfazem as necessidades dos membros; expectativas estabelecidas são ignoradas ou rigidamente cumpridas, apesar de mudanças situacionais. Transições do ciclo vital como partidas ou entradas das/nas relações geram problemas frustrantes e não resolvidos.

A tomada de decisões é tirânica ou bastante ineficaz. As características particulares dos indivíduos não são apreciadas, ou são ignoradas por coalizões rígidas ou confusamente fluidas.

Períodos de convivência agradável em conjunto são infreqüentes; distância óbvia e hostilidade declarada refletem conflitos importantes que permanecem não resolvidos e bastante doídos. Disfunção sexual grave entre os adultos é freqüente.

EM SUMA: A unidade interacional é óbvia e seriamente disfuncional. Períodos de relacionamento satisfatório são raros.

1. (1-20) As rotinas interacionais são poucas (p.ex., não há horários combinados de refeições, sono ou período de vigília); os membros da casa freqüentemente não sabem onde os outros estão, ou o que esperar uns dos outros; a comunicação é repetidamente atrapalhada por mal-entendidos e falta de atenção no que os outros dizem.

Responsabilidades pessoais e geracionais não são reciprocamente aceitas e reconhecidas. Os limites da unidade interacional como um todo e dos subsistemas não podem ser identificados ou respeitados. Pessoas, nessa relação, podem fisicamente ameaçar, agredir ou sexualmente atacar umas às outras.

O desespero e o cinismo são francos; pouca atenção é prestada às necessidades emocionais dos outros; quase não existe sentimento de pertencimento, ligação ou preocupação com o bem-estar uns dos outros.

SUMA: A unidade interacional tornou-se excessivamente disfuncional para garantir a continuidade de contato e ligação.

0. Informação inadequada.

ESCORE ATUAL _____
 MAIS COMPETENTE NO ANO PASSADO _____
 (por alguns meses)
 MENOS COMPETENTE NO ANO PASSADO _____
 NO INÍCIO DO TRATAMENTO _____

Adequação da escala (marque uma das opções)

1. não aplicável
2. difícil (caso compatível com dois ou mais níveis)
3. pobre (possível, mas as características principais do caso não combinavam)
4. bastante boa
5. muito boa
6. informação inadequada para classificar

Comente livremente a impressão que essa família lhe deixou:

2.3.4. OUTROS MODELOS E ESCALAS DE FUNCIONAMENTO FAMILIAR

Para entender o campo das pesquisas sobre o funcionamento e estrutura das famílias e da Terapia Familiar, seus pontos de convergência e de divergência, é fundamental o conhecimento de outros modelos de estudo, além dos três já apresentados e que são o foco do presente trabalho.

É no conjunto desses conhecimentos que se apóia a necessidade de sistematizar o diagnóstico do funcionamento familiar, e é aí que se baseiam os princípios e as perguntas norteadoras deste estudo.

Revisamos o Modelo McMaster de Funcionamento Familiar, de Epstein e colaboradores, a FES (Escala de Avaliação Familiar) de Moos e Moos, as pesquisas de Riskin, o Modelo do Paradigma Familiar de Reiss, os estudos de Wynne, o Modelo Estrutural de Minuchin, o modelo de Bowen, o modelo do Ciclo de Vida Familiar de McGoldrick e Carter, o modelo Yale de Fleck e estudos recentes de Lewis e Belsky, além da pesquisa brasileira de Carneiro que idealizou a Entrevista Familiar Estruturada. Sabemos que essa revisão não contempla tudo o que está acontecendo em pesquisa, atualmente, no campo da Terapia Familiar. Atemo-nos aos estudos historicamente mais importantes e aos mais citados na literatura revisada, relacionados com a questão do diagnóstico da estrutura e funcionamento familiar.

2.3.4.1. Modelo Mc Master de Funcionamento Familiar

O primeiro estudo de Epstein e colaboradores (30), "A maioria silenciosa", feito entre 1955 e 1964, acompanhou famílias de estudantes universitários com e sem problemas longitudinalmente, concentrando-se na análise do trabalho, estrutura de poder, status, papéis e psicodinâmica de seus membros. Concluiu que o comportamento dos membros da família depende mais da estrutura e organização dos padrões interacionais que de fatores intrapsíquicos e que o bem-estar emocional depende da relação emocional entre os pais e não da saúde mental de cada um deles.

Define como tarefas da família a instrumentação das necessidades básicas, a facilitação do desenvolvimento e o manejo de crises.

Descreve seqüências de comportamentos necessárias para que as famílias sejam efetivas nas seis dimensões que considera centrais na avaliação das famílias: solução de problemas, comunicação, papéis, respostas afetivas, envolvimento afetivo, controle do comportamento.

1. Solução de problemas (instrumentais e afetivos). Seqüência a seguir para resolver problemas: 1) identificar o problema, 2) comunicar-se com pessoas apropriadas sobre o problema, 3) desenvolver um conjunto de soluções alternativas, 4) decidir por uma alternativa, 5) executar a ação requerida pela alternativa, 6) monitorar para verificar que a ação ocorre, 7) avaliar a eficácia do processo de resolução do problema.

Postula-se que as famílias mais efetivas desenvolvem os sete estágios e que as famílias menos efetivas são aquelas que nem sequer identificam o problema.

2. Comunicação (instrumental e afetiva). Identificam-se duas dimensões independentes, a clareza e a direcionalidade: 1) clara e direta; 2) clara e indireta; 3) mascarada e direta; 4) mascarada e indireta

Postula-se que as famílias mais efetivas têm comunicação clara e direta e as menos efetivas, mascarada e indireta.

3. Papéis - Há duas áreas básicas de funções familiares: instrumentais e afetivas.

Funções familiares necessárias: a) instrumentais - provisão de recursos; b) afetivas - cuidados afetivos e apoio e gratificação sexual dos adultos; c) mistas - desenvolvimento de capacidades para enfrentar a vida e manutenção e gerenciamento do sistema.

Esse item é avaliado, levando-se em conta como a família distribui responsabilidades e como cobra sua implementação (responsabilização).

Postula-se que as famílias são mais efetivas quando todos os papéis necessários são distribuídos a indivíduos adequados e a responsabilização está incluída e que as menos efetivas são aquelas em que as funções necessárias não são consideradas, ou em que a alocação correta ou responsabilização não são mantidas.

4. Respostas afetivas - emoções relacionadas com bem-estar e emoções relacionadas com emergências.

Postula-se que as famílias são mais efetivas quando o conjunto das respostas é apropriado para o estímulo em quantidade e qualidade e menos efetivas quando a variação é muito pequena (só aparecem um ou dois tipos de afeto, ou quando a quantidade e/ou qualidade estão distorcidas em relação ao contexto).

5. Envolvimento afetivo - a) ausência de envolvimento, b) envolvimento sem afeto, c) envolvimento narcisista, d) envolvimento empático, e) superenvolvimento, f) envolvimento simbiótico.

Postula-se que as famílias mais efetivas são aquelas em que há envolvimento empático e as menos efetivas são as que demonstram envolvimento simbiótico ou ausência de envolvimento.

6. Controle do comportamento - a) rígido, b) flexível, c) laissez-faire, d) caótico. Aplica-se a três situações: 1) situações de perigo, 2) satisfação e expressão de necessidades e desejos psicobiológicos (comer, beber, dormir, eliminação, sexo e agressão), 3) socialização interpessoal dentro e fora da família.

O estilo familiar é mantido por diversas técnicas usadas e avaliadas no item "papéis", (manutenção e gerenciamento do sistema).

Postula-se que as famílias são mais efetivas quando o controle de comportamento é flexível e menos efetivas quando o controle de comportamento é caótico.

O Modelo Mc Master é muito citado na literatura (30,85,104,126). O instrumento de avaliação FAD (Family Assesment Device) é comparado com outros na literatura, mas não se encontram correlações significativas pelos motivos já expostos na descrição do FACES III (85,126).

2.3.4.2. FES (Escala de Avaliação Familiar)

A FES (Family Evaluation Scale ou Escala de Avaliação Familiar), desenvolvida por Moos e Moos (68), é outra das mais citadas na literatura por sua utilização em pesquisa (10,85,126).

É uma escala de 90 itens que se concentra em três dimensões do funcionamento familiar: 1) relações interpessoais, 2) desenvolvimento e crescimento pessoal, 3) manutenção do sistema. Dez subescalas medem coesão, conflito, independência, orientação moral e religiosa, controle, etc.

A medida da diferença entre as respostas individuais dá um escore da congruência ou incongruência familiar, resultando em um perfil semelhante ao MMPI (Minnesota Multiphasic Profile Inventory).

A escala já foi aplicada em famílias normais, com alcoolismo e outros problemas clínicos.

2.3.4.3. As Pesquisas de Riskin

A partir do estudo longitudinal de famílias, utilizando observações mensais e posteriormente semestrais, Riskin (94,95) desenvolveu uma escala de interações familiares que avalia dezessete pontos: 1) clareza (x não clareza), 2) continuidade nos tópicos (x mudanças de tópico), 3) mudança apropriada de tópico (x não apropriada), 4) assumem (x não assumem), 5) pedido para que assumam (x falta disso), 6) troca de informações (x falta disso), 7) concordância (x falta disso), 8) discordância (x falta disso), 9) apoio (x falta disso), 10) ataque (x falta), 11) intensidade (alta x baixa), 12) humor (muito x pouco), 13) interrupções (muitas x poucas), 14) risadas (muitas x poucas), 15) quem fala (todos participam x não todos participam), 16) intrusões (muitas x poucas), 17) leitura dos pensamentos (muito x pouco).

É de Riskin (94) a descrição de famílias sem problemas utilizada por Olson (e por esta pesquisa) para definir os fatores de exclusão de sua amostra: 1) ninguém esteve em psicoterapia nos três anos anteriores ao início do projeto, 2) ninguém teve incidente sério com a polícia nos últimos três anos, 3) todos estão funcionando de forma adequada para sua idade e sexo em sua comunidade, 4) todos gozam de boa saúde; nenhum apresenta sintomas classicamente definidos como psicossomáticos e 5) não apresentam outros comportamentos não classificáveis mas que implicam em considerável patologia.

2.3.4.4. Modelo do Paradigma Familiar de Reiss

O modelo de Reiss (71,104) concentra-se na identificação do paradigma familiar, ou seja, as crenças compartilhadas pelos membros da família, que organizam sua relação com o meio ambiente.

Reiss desenvolveu seu trabalho a partir do estudo longitudinal de famílias de adolescentes esquizofrênicos, de delinqüentes e de famílias de adolescentes sem problemas. O método utilizado é entregar um quebra-cabeça a cada membro da família e observar como a tríade familiar (pai, mãe e filho) se comporta na resolução do problema.

Identificou três dimensões envolvidas na solução de problemas:

1) configuração: como os indivíduos usam as observações uns dos outros. Famílias saudáveis são otimistas em relação à possibilidade de encontrar soluções.

2) coordenação: como os membros da família integram ou não seus esforços com os dos outros. Famílias saudáveis são altamente solidárias.

3) capacidade de concluir, fechar, resolver a questão. Famílias saudáveis examinam muitas alternativas antes de decidir, mas têm a capacidade de fazê-lo em tempo hábil.

Reiss verificou que a família pode ser considerada uma "unidade unitária" e ser classificada em quatro tipos:

1) famílias sensíveis ao ambiente: altas em configuração e coordenação.

2) famílias sensíveis à performance: altas em configuração e baixas em coordenação. São famílias muito competitivas.

3) famílias sensíveis ao consenso: baixas em configuração e altas em coordenação. São famílias pouco criativas, que tendem a se acomodar ao socialmente desejável.

4) famílias sensíveis à distância: são baixas em configuração e em coordenação.

A equipe de Reiss verificou que famílias com adolescentes esquizofrênicos tendiam a perceber o ambiente como hostil à manutenção dos vínculos entre eles. Nas famílias com delinquentes, o ambiente era percebido como arena para demonstrar independência dos outros e, portanto, para manter distância entre os membros. Nas famílias sem problemas o ambiente era percebido como um desafio para explorar e lidar com situações novas coletivamente.

Verificaram também, como Epstein, que a variação nos paradigmas familiares está menos relacionada com a incidência de estresse do que com o estilo da família ao lidar com o estresse.

Chamam, entretanto, a atenção para o fato de que é arriscado diagnosticar patologia ou saúde baseados no estilo de relacionamento da família com o meio, porque viram famílias com problemas e sem problemas que apresentavam o mesmo tipo de interação.

Reiss e sua equipe estudam também a relação entre o estilo familiar e o sistema terapêutico, tentando prever resultados terapêuticos. Definem três pontos que facilitam ou prejudicam a possibilidade de ajudar uma família: sua abertura a influências externas, sua confiança em esforços individuais ou do grupo e seu nível de convicção em relação a ser possível resolver os problemas que os afligem.

2.3.4.5. Os Estudos de Wynne

Wynne é um dos primeiros e mais importantes pesquisadores na área de Terapia Familiar (128,129,130).

Suas primeiras publicações (muitas em colaboração com Singer) datam da década de 60. Concentram-se no estudo das comunicações nas famílias de esquizofrênicos. Seu achado mais importante é a definição de que essas famílias têm dificuldade em manter um foco de atenção conjuntamente quando se comunicam.

Seu método principal de trabalho diagnóstico é o uso de um teste de Rorschach familiar. A partir dos comportamentos da família em relação ao teste, define quatro dimensões de estudo:

- 1) comunicação, cognição e atenção;
- 2) afetivo-interacional;
- 3) estrutural-contextual;
- 4) subcultura, valores e mitos familiares.

Numa primeira etapa, a equipe de Wynne concentrou-se no estudo de desvios comunicacionais, mas, mais recentemente, tem-se concentrado no estudo da comunicação sadia (129).

Wynne é também o coordenador da Coalizão para o Diagnóstico da Família que elaborou o GARF, que já consta atualmente no apêndice do DSM-IV (25), conforme o exposto na descrição da escala GARF.

2.3.4.6. O Modelo Estrutural de Minuchin

Minuchin ocupa pouco espaço nas publicações como pesquisador (65,67), mas ele é sempre citado quando se fala em modelo de funcionamento familiar (66). Isso possivelmente se deve ao fato de ele ter-se notabilizado mais como terapeuta, criador de intervenções que buscam mudança, gerador de teoria a respeito da mudança em Terapia Familiar. Entretanto, ele e seus colaboradores, entre os quais uma pesquisadora de tempo integral, Bernice Rosman, sempre estiveram envolvidos em pesquisa, ao lado da prática clínica e do ensino. Foi da observação rigorosa e repetidamente testada que se originaram as intervenções terapêuticas.

Entre as suas pesquisas, a mais notável é aquela com famílias com problemas psicossomáticos (67), tendo como grupo controle famílias com filhos com diabetes bem controlada, dividida em dois subgrupos, um sem problemas e outro com problemas de comportamento. Fazia parte do projeto o estudo das interações familiares, ao realizar tarefas predeterminadas, observadas através do espelho unidirecional. No caso das

famílias com pacientes diabéticos, utilizou uma modalidade de colheita de dados inédita em terapia familiar: sangue para dosagens séricas era colhido dos filhos diabéticos e normais, através de um “butterfly” antes, durante e após situações criadoras de conflito. Tudo montado de forma a não interromper as interações. Daí resultaram achados importantes, com dados fisiológicos adicionais que reforçam o modelo de funcionamento familiar descrito pelo grupo.

Minuchin define a estrutura familiar como o conjunto invisível de exigências funcionais que organiza a interação dos membros da família (66).

O modelo de funcionamento familiar dentro da teoria estrutural enfatiza a necessidade da existência de hierarquia para a manutenção da organização familiar. A família se organiza em subsistemas parental/conjugal e filial, que também se combinam entre si. Mas é importante a existência de limites claros entre os subsistemas (inclusive individual) e a superioridade hierárquica do subsistema parental, especialmente quando os filhos são menores. As famílias se localizam ao longo de um continuum cujos pólos são o extremo de limites rígidos e o de limites excessivamente difusos, correspondendo a famílias aglutinadas ou desligadas (conceito semelhante ao de Stierlin, de funcionamento centrípeto e centrífugo). Minuchin, como Beavers, considera isso uma questão de estilo familiar e não necessariamente uma evidência de saúde ou patologia.

Também destaca que a estrutura familiar muda ao longo da vida, para se adequar às necessidades de desenvolvimento de seus membros e às crises situacionais, frisando que a família é complementar com a sociedade em que vive, mudando à medida que ela muda.

Não há famílias que não tenham problemas, diz Minuchin (66). Mas há famílias que não criam sintomatologia rígida, que são funcionais, ou seja, favorecem o desenvolvimento continuado de todos os seus membros. Essas famílias são flexíveis e seus limites com o meio externo são semipermeáveis, dando a seus membros a sensação de pertencer ao grupo, ao mesmo tempo que desenvolvem sua autonomia.

2.3.4.7. O Modelo de Bowen

A teoria dos sistemas familiares de Bowen (12) desenvolveu-se inicialmente a partir de suas pesquisas com famílias de esquizofrênicos e depois de suas observações de famílias com funcionamento normal.

Bowen concluiu que todas as famílias, desde as de funcionamento psicótico passando pelas de funcionamento neurótico e as normais, diferenciam-se quantitativamente e não qualitativamente em seu funcionamento. Segundo ele a variabilidade é decorrência do grau de diferenciação da família e de sua resposta ao estresse. Nas famílias menos saudáveis, existe fusão entre o funcionamento emocional e intelectual, com seus membros reagindo com processos emocionais automáticos ao estresse, o que os torna facilmente disfuncionais. Nas famílias mais saudáveis, o funcionamento intelectual permanece relativamente autônomo sob estresse, permitindo maior flexibilidade e adaptabilidade na resposta aos problemas de viver. O extremo de funcionamento ótimo é, para ele, uma construção teórica. Organizou uma escala que é uma formulação teórica e não um instrumento para medir comportamentos.

Enfatiza quatro dimensões do funcionamento familiar:

1) o “sistema emocional da família nuclear”, ou seja, o padrão de funcionamento familiar, facilitando um maior ou menor grau de diferenciação e autonomia dos seus membros; no início do casamento é decorrência dos estilos aprendidos pelo casal nas suas famílias de origem;

2) o “triângulo”, ou seja, uma configuração emocional baseada no relacionamento de três pessoas, visto como a base de qualquer sistema emocional e o menor sistema interacional estável; segundo Bowen, quando a ansiedade aumenta o sistema de duas pessoas tende a incluir um terceiro vulnerável; quanto maior o estresse maior a complexidade de triângulos interacionais, que podem incluir família de origem e outros;

3) através do “processo de projeção familiar”, a ansiedade dos pais focaliza-se em um ou mais filhos, incluindo-os no triângulo pai-mãe-filho; Bowen considera esse fenômeno universal; quanto mais o triângulo se concentra em um membro da família, mais provável a disfunção;

4) a “ruptura emocional” com a família de origem como uma das formas de tentar separar-se e crescer; entretanto, as famílias mais saudáveis são aquelas capazes de manter laços com suas famílias de origem, ao mesmo tempo que desenvolvem sua diferenciação.

2.3.4.8. O Modelo do Ciclo de Vida Familiar

McGoldrick e Carter (18) sistematizaram as fases do ciclo de vida da família, modelo que também está presente em muitos outros autores como Minuchin, Lidz e Bowen, entre outros.

A ênfase nessa abordagem é o entendimento do sintoma como comunicação relacionada com o desenvolvimento do ciclo da vida familiar. O sintoma pode aparecer numa família saudável em processo de mudança ou em uma família disfuncional com dificuldades para mudar como sistema em determinada etapa do desenvolvimento. As mudanças quantitativas e qualitativas, a nível dos membros da família (mudanças de primeira ordem), vão se acumulando e, em determinado momento, exigem mudanças na organização do sistema familiar (mudanças de segunda ordem). A diferença entre sintomas relacionados com mudanças do ciclo vital (ou com crises situacionais), com dificuldades de prosseguir no desenvolvimento, expressar-se-á pela gravidade e disfuncionalidade envolvida, pelo tempo de duração e pelo grau de sofrimento envolvido.

McGoldrick e Carter propõem que o ciclo da vida familiar seja dividido em seis estágios, levando em conta o sistema trigeracional: 1) o jovem adulto descomprometido, 2) a junção de famílias através do casamento, o casal recém-casado, 3) a família com filhos pequenos, 4) a família com adolescentes, 5) a família liberando os filhos e continuando o desenvolvimento e 6) a família no final do ciclo.

Em cada estágio do ciclo, a família tem tarefas diferentes e bem definidas e, para isso, precisa organizar-se de forma adequada. Combrinck-Graham (21) descreve um modelo espiral de desenvolvimento em que a família ciclicamente passa por momentos de funcionamento centrípetos (nascimento, cuidados com filhos pequenos e avós) e centrífugos (adolescência, reavaliação da meia-idade).

Esse é um modelo que desestigmatiza, em grande parte, a sintomatologia como patológica, como defeito, ao proporcionar-lhe um sentido de comunicação da necessidade de mudança.

Outro mérito de Carter e McGoldrick é ampliar o estudo do ciclo de vida familiar, incluindo o divórcio e a reorganização em novas famílias binucleares, definindo dilemas e fases típicas e universais do processo. Conceitua o divórcio como uma interrupção e deslocamento do ciclo de vida tradicional, provocando profundo desequilíbrio, que se associa ao longo de todo o ciclo vital com transformações, ganhos e perdas, mas não necessariamente com a estruturação de patologia (2). As pesquisas demonstram achados semelhantes a outros lutos e reorganizações: um período de pelo menos dois anos é necessário para recuperar-se emocionalmente do divórcio e a organização de uma nova família exige, pelo menos, dois anos para sua estabilização.

2.3.4.9. Guia de Yale para a Avaliação Familiar

O modelo de funcionamento familiar de Yale foi desenvolvido por Fleck e sua equipe (39), expandindo as tarefas familiares básicas formuladas por Lidz e combinando-as com conceitos estruturais e comunicacionais. Estuda cinco parâmetros do sistema familiar pontuados de 0 a 5, desde uma perspectiva da evolução biopsicossocial da família, ao longo do ciclo vital, sublinhando que a importância das tarefas e a adequação dos padrões organizacionais variam com a fase do desenvolvimento: 0) não classificado, 1) adequado ou melhor, 2) algo deficiente, 3) moderadamente deficiente, 4) aberrante, 5) grosseiramente aberrante. Essas cinco dimensões podem ser assim explicitadas:

1) liderança: personalidade dos pais, emancipação dos pais, apoio mútuo (+ coalizão), uso do poder (+ disciplina);

2) manejo dos limites: díade mãe-criança, capacidade de separação (limites do ego), limites intergeracionais (intrusões?), passagens-família-comunidade (rigidez x flexibilidade, “muro elástico”);

3) afetividade: intimidade apropriada à idade, equivalência de tríades familiares (ex.. bode expiatório), tolerância a sentimentos, emocionalidade da unidade (celebração e luto);

4) comunicação: clareza e respeito por limites (falam por si próprios), confirmação e apoio (empatia), resposta ao conteúdo, resposta ao afeto, consistência verbal/não verbal, sintaxe, conteúdos (distúrbios de pensamentos, etc.), abstração;

5) realização de tarefas: complementaridade dos papéis parentais, capacidade de cuidar e facilitar separação (vínculo-individuação), aculturação, manejo das relações com os pares, lazer da unidade, emancipação, capacidade de enfrentar crises, distribuição apropriada de tarefas adequadas.

2.3.4.10. Novas Pesquisas

Estão citadas na bibliografia duas pesquisas em andamento que prometem importantes contribuições para o campo da Terapia Familiar.

Nascimento da Família, de Lewis e Loorey

É um estudo de coorte de 40 famílias de classe média e alta desde o último trimestre da primeira gravidez. Os primeiros achados começam agora a ser publicados (59). Confirmam o princípio da epigênese em relação à estrutura e funcionamento da família, um conceito tomado emprestado de Erickson, que descreveu o princípio da epigênese no desenvolvimento individual. Como Epstein e Reiss, também consideram como mais importante, para a incorporação do bebê na família, a qualidade da relação do casal do que a sua saúde mental individual. Medidas de satisfação conjugal tiveram

pouco valor preditivo, o que questiona a validade das escalas. Segundo as pesquisas de Lewis, são mais saudáveis aquelas famílias em que as relações entre os pais são igualitárias, conclusões semelhantes às de seus primeiros estudos (58).

Estudo do Desenvolvimento do Bebê e da Família da Pennsylvania State University

Belsky, Sparrier e Rovine, citados por Schwab (104) acompanham uma coorte de 70 famílias desde o último trimestre da gravidez. Verificaram que a relação conjugal influencia a relação mãe-bebê e pai-bebê, diferenciando dois tipos de sistema, com e sem envolvimento.

2.3.4.11. Pesquisas brasileiras: Entrevista Familiar Estruturada

No levantamento bibliográfico de publicações indexadas, não encontrei nenhuma referência a autores brasileiros estudando a questão do diagnóstico familiar. Parte do problema é que a maioria das publicações brasileiras não está indexada. Por exemplo, um trabalho da autora desta tese, intitulado “Diagnóstico psiquiátrico da família”, de 1989 (32), em que se discute a necessidade de estabelecer um diagnóstico em várias dimensões, foi publicado na Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul que não está indexada.

Uma pesquisa "in loco" nas bibliotecas da Faculdade de Psicologia da Universidade de São Paulo, no índice de teses da PUC de São Paulo e na Universidade

Estadual do Rio de Janeiro só identificou as teses de mestrado e doutorado da Dra. Terezinha Carneiro a respeito da "Entrevista Familiar Estruturada, sua consistência, validade e aplicabilidade em Psicologia Clínica", de 1981.

Em função dessa realidade, consultei, pessoalmente, as colegas sabidamente com longa carreira de pesquisa em Terapia Familiar no Brasil: Dra. Julia Bucher, da Universidade de Brasília, Dra. Terezinha Carneiro, da PUC do Rio de Janeiro e Dra. Rosa Macedo, da PUC de São Paulo. A partir dessas consultas, tomei conhecimento da publicação do livro que descreve a Entrevista Familiar Estruturada de Terezinha Feres Carneiro (17) que apresentarei a seguir e uma pesquisa da Dra. Ceneide Cerveny, orientada pela Dra. Rosa Macedo, em que utiliza o Cenoteste como instrumento diagnóstico com famílias, a cujo trabalho não tive acesso.

Entrevista Familiar Estruturada

A Entrevista Familiar Estruturada (EFE), de Terezinha Carneiro, do Departamento de Psicologia da PUC do Rio de Janeiro, foi idealizada em 1975 e mais tarde modificada, sendo publicada em 1983 no livro "Família: diagnóstico e terapia" (17). É o primeiro método de diagnóstico familiar construído no Brasil e possivelmente o único testado e validado com rigor metodológico.

A EFE consta de seis tarefas apresentadas à família em conjunto por um entrevistador, na presença de um observador:

Tarefa 1: “Vamos imaginar que vocês teriam de mudar-se da casa onde moram no prazo máximo de um mês. Gostaria que vocês planejassem agora, em conjunto, como seria a mudança”.

Tarefa 2: “Quando você está fazendo uma coisa qualquer, mas fica difícil terminar essa tarefa sozinho, o que você faz?”

Tarefa 3: “Diga de que coisa você mais gosta em você”.

Tarefa 4: “Como é um dia de feriado na família?”

Tarefa 5: “Imagine que você está em casa, discutindo com uma pessoa qualquer de sua família, e alguém bate na porta. Quando você vai atender, a pessoa com quem você está discutindo lhe dá um empurrão. O que você faz?”

Tarefa 6: “Cada um de vocês vai escolher uma ou várias pessoas da família, pode ser qualquer pessoa, e vai fazer alguma coisa para mostrar a essa pessoa que gosta dela, sem dizer nenhuma palavra.”

Os observadores preenchem a seguinte escala de avaliação, pontuando através de uma escala de Lickert de sete pontos:

1. Comunicação incongruente/congruente;
2. Comunicação confusa/clara;
3. Comunicação sem direcionalidade adequada/com direcionalidade adequada;
4. Comunicação sem carga emocional adequada/com carga emocional adequada;
5. Papéis indefinidos/definidos;

6. Papéis inadequados/adequados;
7. Papéis ausentes/presentes;
8. Liderança ausente/presente;
9. Liderança fixa/diferenciada;
10. Liderança autocrática/democrática;
11. Manifestação de agressividade ausente/presente;
12. Manifestação de agressividade destrutiva/construtiva;
13. Manifestação de agressividade sem direcionalidade adequada/com direcionalidade adequada;
14. Afeição física ausente/presente;
15. Afeição física recusada/aceita;
16. Afeição física sem carga emocional adequada/com carga emocional adequada;
17. Afeição física sem expressão física adequada/com expressão física adequada;
18. Interação conjugal indiferenciada/diferenciada;
19. Interação conjugal não gratificante/gratificante;
20. Individualização ausente/presente;
21. Integração ausente/presente;
22. Auto-estima baixa/alta;
23. Promoção de saúde emocional dificultada/facilitada.

A Entrevista Familiar Estruturada foi submetida a pesquisa experimental que comprovou sua fidedignidade e validade como método de avaliação de família capaz de

discriminar uma dinâmica familiar dificultadora da saúde emocional. Os resultados mostram alta consistência entre avaliadores, consistência entre itens e consistência das metades.

É um método relativamente simples, de tempo de duração de 30 a 90 minutos e que utiliza pouca tecnologia (apenas um gravador), bastante adequado à nossa realidade brasileira.

2.4. RESUMO DOS MÉTODOS DE INVESTIGAÇÃO DO FUNCIONAMENTO FAMILIAR

Como verificamos na revisão bibliográfica, os grupos de pesquisa usam uma combinação de estudos transversais e longitudinais.

O local de observação das famílias varia entre as clínicas dos observadores e as próprias casas das famílias.

O método de colheita de dados pode ser através de diversos procedimentos:

- 1) entrevistas estruturadas, com tarefas a serem realizadas, entre as quais responder a algumas questões formuladas de forma padrão, às vezes por escrito;
- 2) entrevistas semi-estruturadas, em que existe maior interação com o entrevistador, que tem objetivos claros a alcançar com a entrevista, mas

não um roteiro rígido; podem usar-se algumas perguntas-padrão, jogos interacionais e tarefas:

- 1) discussão de atividades a serem feitas em comum (por exemplo, planejamento de refeição, como fez Minuchin, ou de uma mudança de domicílio, como fez Carneiro).
- 2) realização de tarefas com material projetivo, como o teste com o tabuleiro de Kvaebek (119), ou desenhos feitos individualmente ou em conjunto;
- 3) interpretação de figuras, o Rorschach familiar (128,129);
- 4) aplicação de questionários auto-respondidos;
- 5) também podem-se aplicar testes psicológicos individuais a cada membro da família.

Os pesquisadores desenvolvem ainda escalas padronizadas que eles preenchem, após a observação, para sistematizar os achados.

A literatura enfatiza a necessidade de utilizar múltiplos métodos de aferição, devido à complexidade dos fenômenos observados.

3. OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

Validar três instrumentos de diagnóstico familiar, utilizando como padrão-ouro a avaliação clínica, testando as seguintes hipóteses:

1) a escala FACES III (medida de coesão e adaptabilidade da família segundo o modelo circumplexo), é um questionário auto-respondido que pode ser utilizado como teste para triagem de famílias de alto risco para transtornos mentais;

2) a escala Beavers-Timberlawn é útil na formulação e registro do diagnóstico familiar;

3) a escala GARF, é útil para classificar o diagnóstico familiar.

Objetivos Secundários:

1) estudar o comportamento da escala FACES III num grupo de famílias da população, analisado de forma semelhante ao grupo americano, e comparar os resultados das duas amostras;

2) comparar as três escalas em estudo.

4. MATERIAL E MÉTODO

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1. POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população deste estudo foi constituída de dois grupos:

Grupo A: Trinta e uma famílias compostas de pai, mãe e filhos ou apenas o casal, clientes do Ambulatório ou Internação do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, da clínica particular da autora ou de sua colaboradora, Dra. Miriam Tetelbom, além de seis famílias que foram indicadas por colegas como não portadoras de problemas psiquiátricos. Portanto, neste grupo temos famílias clínicas (que vieram à procura de atendimento psiquiátrico) e não clínicas (que foram buscadas na comunidade). As famílias não clínicas foram selecionadas seguindo os critérios de normalidade, adaptados de Riskin (94,95) e utilizados nos estudos de Olson: famílias nucleares completas (ou reconstituídas há mais de cinco anos), com ausência de doença orgânica, psicossomática e psiquiátrica, tratamento psicoterápico e prisão nos últimos três anos. As famílias com problemas psiquiátricos ou psicossomáticos preenchem os mesmos critérios, exceto o relativo a seu problema específico.

Grupo B: O questionário FACES III e uma ficha de identificação foram aplicados em 102 famílias não clínicas do bairro Santana. Incluíram-se no estudo apenas as famílias que preenchiam os critérios de normalidade de Riskin.

4.2. DELINEAMENTO

Este é um estudo transversal que visa validar três instrumentos diagnósticos.

O questionário FACES III, que é auto-respondido pela família, permite a classificação de seu funcionamento em três níveis de risco para problemas psiquiátricos: 1) baixo risco, 2) risco médio e 3) alto risco.

Os questionários Beavers-Timberlawn e GARF são respondidos pelo clínico e dão notas para aspectos específicos do funcionamento familiar e uma nota global.

Uma entrevista familiar diagnóstica conduzida pela autora, experiente psiquiatra e terapeuta familiar, cega quanto à resposta ao FACES III, é utilizada como padrão-ouro para testar os instrumentos.

4.3. VARIÁVEIS EM ESTUDO

Os resultados das escalas FACES III (valores lineares da coesão e da adaptabilidade), Beavers-Timberlawn (valor global) e GARF foram testados em relação ao padrão-ouro da avaliação clínica.

4.3.1. AVALIAÇÃO CLÍNICA

A avaliação clínica foi analisada, utilizando um valor contínuo de um a quatro quanto ao risco de desenvolvimento de transtorno mental: (1) família sem risco, 2) família com baixo risco, 3) família com risco moderado e 4) família de alto risco) e considerando como categórica a classificação de 1 a 3 em que juntamos as famílias sem risco e com baixo risco em uma só categoria.

4.3.2. ESCALA DE BEAVERS-TIMBERLAWN (BT)

Os resultados da escala BT constam de treze notas (de 1 a 5) dadas a cada uma das características da estrutura familiar avaliadas pela escala e uma nota global (de 1 a 10) que indica a impressão geral do funcionamento da família. Para as comparações com a avaliação clínica e com as outras escalas, utilizamos a nota global.

A escala é construída de forma que a nota global é tanto maior quanto mais intensa a patologia. As notas parciais variam, sendo que, em alguns itens, a maior corresponde à maior disfunção familiar e em outros itens corresponde à menor disfunção familiar.

Para efeitos de análise estatística, para poder comparar as notas do BT com as da avaliação clínica, estipulamos que as notas menores sempre correspondiam à maior saúde mental, invertendo a ordem estabelecida por Beavers. Os pontos de corte utilizados

foram: 1) grupo de baixo risco: menor ou igual a 4; 2) grupo de risco moderado: de igual ou maior que 5 até 8; 3) grupo de alto risco: igual ou maior que 9.

4.3.3. ESCALA GARF

O resultado do GARF é dado na forma de uma nota (de 1 a 100) que afere a adequação do funcionamento da família, levando em conta seu momento de vida. A nota é tanto maior quanto menor for o grau de disfunção familiar. Os pontos de corte utilizados foram: 1) grupo de baixo risco: igual ou maior que 81; 2) grupo de risco moderado: igual ou menor que 80 até 51; 3) grupo de alto risco: igual ou menor que 50.

4.3.4. QUESTIONÁRIO FACES III

O comportamento da escala FACES III, utilizando o modelo circumplexo, é estudado no grupo da população (grupo B) e no grupo A, particularizando diversas variáveis: coesão de cada membro e coesão familiar, adaptabilidade de cada membro e adaptabilidade familiar, risco familiar, diferença da coesão do casal, diferença da adaptabilidade do casal, amplitude da diferença da coesão do casal, discrepância nos valores do casal, distância do centro-familiar e o valor da resposta de cada uma das questões do FACES III.

4.3.4.1. Coesão

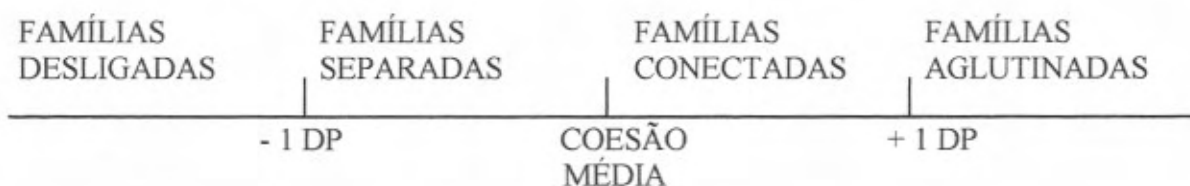
A medida da coesão é dada pela soma da pontuação (de 1 a 5) das respostas às dez perguntas ímpares do questionário FACES III. Estuda-se a pontuação de cada membro da família individualmente e considera-se como **coesão familiar** a média das coesões dos diferentes membros da família.

4.3.4.2. Adaptabilidade

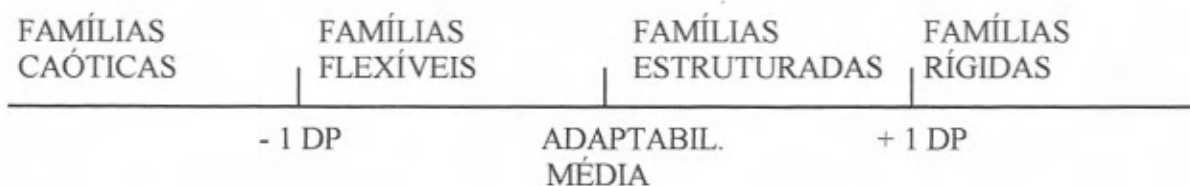
A medida da adaptabilidade é dada pela soma da pontuação (de 1 a 5) das respostas às dez perguntas pares do questionário FACES III. Estuda-se a pontuação de cada membro da família individualmente e considera-se como **adaptabilidade familiar** a média das adaptabilidades dos diferentes membros da família.

4.3.4.3. Risco familiar

Quanto à categorização em risco dos resultados do FACES III, segundo o modelo circumplexo, usamos os critérios desenvolvidos por Olson que criou uma classificação para a coesão, dividindo seus valores em quatro: famílias separadas e conectadas têm valores menores de coesão e as famílias aglutinadas e desligadas, os valores maiores. Quantitativamente a média dos valores dos membros define o ponto central. Até um desvio padrão à esquerda ficam as famílias separadas, à direita as conectadas e, a partir de um desvio padrão, as famílias desligadas e aglutinadas, respectivamente.



Olson criou uma classificação semelhante para a adaptabilidade: com os valores mais baixos, até um desvio padrão, à esquerda do ponto médio estão as famílias flexíveis e, à direita, as estruturadas e, além de um desvio padrão, as caóticas e as rígidas, respectivamente à esquerda e à direita.



A classificação quanto ao risco é feita combinando as diferentes classificações da coesão e adaptabilidade conforme descrevemos a seguir:

Famílias de Baixo Risco (ou balanceadas)	<ol style="list-style-type: none"> 1. separada + estruturada 2. separada + flexível 3. conectada + estruturada 4. conectada + flexível
Famílias de Risco Moderado (ou médio)	<ol style="list-style-type: none"> 1. separada + rígida 2. separada + caótica 3. conectada + rígida 4. conectada + caótica 5. estruturada + desligada 6. estruturada + aglutinada 7. flexível + desligada 8. flexível + aglutinada
Famílias de Alto Risco	<ol style="list-style-type: none"> 1. desligada + rígida 2. desligada + caótica 3. aglutinada + rígida 4. aglutinada + caótica

4.3.4.4. Diferença da coesão do casal

Este é o resultado da diferença entre os valores da coesão do pai e da mãe.

4.3.4.5. Diferença da adaptabilidade do casal

Este é o resultado da diferença entre os valores da adaptabilidade do pai e da mãe.

4.3.4.6. Amplitude da diferença da coesão

Corresponde aos valores máximo e mínimo da diferença entre os valores da coesão do casal.

4.3.4.7. Distância do centro-familiar (DDC- F)

Este score foi desenvolvido para cada indivíduo, para o casal e para a família. Em nosso estudo analisamos apenas a DDC da família (DDC-F) que é dada pela seguinte equação:

$$DDC-F = \sqrt{(\text{coes.F} - \text{méd} -37,8)^2 + (\text{adapt.F} - \text{méd}.-24,3)^2}$$

Esta medida foi desenvolvida porque incorpora ambos os parâmetros da coesão e da adaptabilidade em um único escore que é linear e, portanto, pode ser utilizado em correlações. Voltando ao esquema do modelo circumplexo (Figura 1), esta medida diz qual a distância da localização da família do centro do diagrama, sem contudo dizer em que direção aquela família está localizada.

4.3.4.8. Valor das respostas às questões do FACES III

Este é um valor de (1 a 5) dado a cada uma das vinte perguntas do FACES III.

4.3.5. VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS

São estudadas como variáveis demográficas o número de filhos e a idade de cada um dos membros da família.

4.3.5.1. Número de filhos

Corresponde ao número total de filhos da família.

4.3.5.2. Idade

São estudadas as idades do pai, mãe e de cada um dos filhos do casal.

Quanto à idade dos filhos, consideramos como adolescentes aqueles com idade entre doze anos e dezessete anos e onze meses e como adultos aqueles com dezoito anos ou mais. Utilizamos os mesmos critérios dos estudos de Olson.

4.3.6. VARIÁVEIS SÓCIO-ECONÔMICAS

São estudadas variáveis demográficas individuais e da família como grupo: escolaridade, renda, categoria profissional, classe social, religião e migração.

4.3.6.1. Escolaridade

Quanto à escolaridade categorizamos os indivíduos em sete grupos: 1) analfabeto, 2) 1º grau incompleto, 3) 1º grau completo, 4) 2º grau incompleto, 5) 2º grau completo, 6) 3º grau incompleto e 7) 3º grau completo.

4.3.6.2. Renda

Quanto à renda transformamos o valor declarado por cada um dos pais em número de salários mínimos, por considerar que essa quantia dá uma idéia mais clara das condições de vida de uma família. Foi considerada renda familiar a soma dos ganhos do pai e da mãe. Os ganhos dos filhos não foram pesquisados.

4.3.6.3. Categoria profissional

Quanto à categoria profissional do pai e da mãe, analisamos a amostra classificando-a em dez categorias: 1) empresário ou proprietário, 2) profissional liberal ou autônomo, 3) funcionário da iniciativa privada, 4) funcionário público, 5) trabalhador do mercado informal, 6) doméstica, 7) do lar, 8) aposentado, 9) desempregado e 10) estudante.

4.3.6.4. Classe social

A classe social da família é estudada, seguindo os critérios de classificação do MARPLAN (anexo) (109).

4.3.6.5. Religião

Quanto à religião do pai e da mãe, classificamos a amostra em seis categorias: 1) católica, 2) protestante, 3) espírita, 4) umbandista, 5) judaica e 6) agnóstica. Também verificamos o comportamento da família quanto à prática de religião, definindo quatro grupos diferentes: 1) pai e mãe praticam religião, 2) só um dos pais pratica religião, 3) nenhum pratica, mas declaram religião e 4) declaram não ter religião.

4.3.6.6. Migração

Quanto à migração estudamos individualmente a história do pai e da mãe e posteriormente a da família, definindo sete situações possíveis de migração para o grupo familiar: 1) a família migrou há menos de cinco anos, 2) a família migrou há mais de cinco anos, 3) ambos os pais migraram individualmente há menos de cinco anos, 4) um dos pais migrou há menos de cinco anos, 5) ambos os pais migraram individualmente há mais de cinco anos, 6) um dos pais migrou há mais de cinco anos e 7) ninguém migrou.

Para analisarmos a correlação da migração familiar com a avaliação clínica, fizemos a categorização, considerando apenas três grupos: 1) quando a família ou um de seus membros migrou há menos de cinco anos, 2) quando a família ou um de seus membros migrou há mais de cinco anos e 3) quando ninguém migrou.

4.3.7. VARIÁVEIS DA ESTRUTURA FAMILIAR

4.3.7.1. Estágio do ciclo vital familiar

Na análise das fases da vida familiar, utilizamos o mesmo critério de Olson, ao dividi-las em cinco grupos: 1) casal sem filhos, 2) casal com filhos pequenos (até onze anos e onze meses), 3) casal com filhos adolescentes (de onze anos e onze meses a dezessete anos e onze meses), 4) casal com filhos adultos (maiores de dezoito anos), morando em casa, 5) ninho vazio, ou seja, casal com filhos adultos que já partiram.

Adicionamos, contudo, um sexto grupo, subgrupo do número 1, casal sem filhos com mais de dez anos de união, ao que fomos alertados pelo grande número de casais sem filhos em nossa amostra (sete do grupo 1.1, dois do grupo 1.2 e dezesseis do grupo 5).

4.3.7.2. Situação conjugal

Na análise da situação conjugal, dividimos a amostra em três grupos: 1) casais em primeiro casamento com união legal, 2) casais em primeiro casamento sem união legal e 3) casais reconstituídos (esses com mais de cinco anos de união, conforme as exigências dos critérios de inclusão).

4.3.7.3. Anos de união do casal

Esta variável corresponde ao total de anos em que o casal vive sob o mesmo teto.

4.3.7.4. Contato com a família de origem

Quanto a esta variável perguntamos se o pai e a mãe individualmente têm contato com suas famílias de origem e, depois, categorizamos a família em relação a seu contato com as famílias de origem em quatro grupos: 1) pai e mãe têm contato, 2) só pai tem contato, 3) só mãe tem contato e 4) nenhum tem contato.

TABELA 2 Sumário das variáveis avaliadas no estudo

VARIÁVEIS	NOME	TIPO *	ANÁLISE DESCRITIVA	MÉTODO DE ANÁLISE	
VARIÁVEIS INDEPENDENTES	Variáveis demográficas	Nº de filhos	quant.	Média e desvio padrão (DP)	ANOVA
		Idade do Pai	quant.	média e DP	ANOVA
		Idade da Mãe	quant.	média e DP	ANOVA
		Idade dos Filhos	quant.	média e DP	ANOVA
	Variáveis Sócio-Econômicas	Escolaridade do Pai	categ.	freq.	X ² **
		Escolaridade da Mãe	categ.	freq.	X ²
		Renda do Pai	quant.	Média e DP	KW ***
		Renda da Mãe	quant.	média e DP	KW
		Renda Familiar	quant.	média e DP	KW
		Categoria Profissional	categ.	freq.	descritivo
		Classe Social	categ.	freq.	corr. Spearman
		Religião do Pai	categ.	freq.	descritivo
		Religião da Mãe	categ.	freq.	descritivo
		Prática Rel.da Família	categ.	freq.	descritivo
		Migração do Pai	categ.	freq.	descritivo
		Migração da Mãe	categ.	freq.	descritivo
		Migração da Família	categ.	freq.	descritivo
		Cont.c/Fam.Orig. Pai	categ.	freq.	descritivo
		Cont.c/Fam.Orig.Mãe	categ.	freq.	descritivo
		Contato da Fam.c/Fam.Orig.	categ.	freq.	descritivo
Variáveis da Estrutura Familiar	Fase da Vida Familiar	categ.	freq.	descritivo	
	Situação Conjugal	categ.	freq.	descritivo	
	Anos de União	quant.	Média e DP	KW	
VARIÁVEIS DEPENDENTES (DESFECHO)	Escore aval.clinica Coesão FACES III	categ.		correl.	
		quant.e categorizada		correl. , ANOVA, S/E ****	
		quant.e categorizada		correl. , ANOVA,	
	Risco Familiar	categ.			Kappa, corr.Spearman, KW, MW*****
		quant.			correl.
		quant.			correl.
		quant.			ANOVA
		quant.			ANOVA
		quant.			ANOVA
		quant.		Mediana	KW
		quant.		mediana	KW
		quant.		mediana, dispersão	KW
		quant.			correl. , ANOVA
		quant.			correl, ANOVA
		quant.			correl.
		quant.			correl.

* variáveis quant. = quantitativa; Categ. = categóricas

** X² = qui-quadrado

*** KW = teste de Kruskal-Wallis

**** S/E = sensibilidade e especificidade

***** MW = teste de Mann-Whitney

4.4. AMOSTRA E AMOSTRAGEM

Fizeram parte da amostra do grupo A todas as famílias da Internação e do Ambulatório do Serviço de Psiquiatria do HCPA e clínica particular da autora e sua colaboradora, que foram encaminhados para Terapia Familiar no período de realização do estudo, e que preenchiam os critérios de inclusão. Também foram estudados casos sem patologia psiquiátrica. Os casos foram incluídos de forma consecutiva, à medida que iam sendo encaminhados.

Com relação à pesquisa da comunidade (grupo B), a recomendação de nossa consultora em estatística, com posterior consulta à coordenadora da pesquisa americana, era de que aplicássemos o questionário FACES III em cem famílias do bairro Santana. Esse bairro foi escolhido por sua localização próxima ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre e por estarem nele representadas todas as classes sociais.

Dividimos o bairro Santana em dez áreas (número de componentes do grupo de pesquisa, alunos do curso de especialização em Psiquiatria e acadêmicos de Medicina), usando o mapa de Porto Alegre do IBGE, tendo o cuidado de que todas as classes sociais fossem incluídas. O bairro foi explorado quadra por quadra, para identificar os locais de residência da população de classe alta, média, pobre e miserável.

Em cada quadra escolhida aplicamos o questionário a cada terceira casa, iniciando pela esquina, (nos edifícios o critério foi o mesmo: a cada terceiro apartamento, começando pelo número menor). Quando a família, após as explicações sobre a natureza

da pesquisa, recusava, ou quando não estava no local, entrevistávamos a família da casa à direita. Se nessa não estavam, passávamos para a casa da esquerda. O entrevistador preenchia uma ficha de identificação e verificava se a família estava dentro dos critérios de inclusão no estudo.

4.5. PODER DO ESTUDO

A análise do poder do estudo foi feita inicialmente em relação ao estudo de correlação entre os resultados das três escalas em estudo e a avaliação clínica. Os resultados foram poder menor que 0,80 na correlação com o FACES III, poder maior que 0,95 na correlação com o BT e poder maior que 0,95 na correlação com o GARF.

Realizamos também a análise do poder do estudo do FACES III, segundo o modelo circumplexo. Utilizando como parâmetro a correlação com a avaliação clínica da distância do centro familiar nos diferentes grupos de risco, verificamos que o poder do estudo foi maior que 0,80, o mesmo acontecendo quando estudamos a correlação com a avaliação clínica da discrepância nos valores do casal.

4.6. LOGÍSTICA

Como primeiro passo obtivemos a autorização verbal da coordenadora do grupo de pesquisa liderado por Olson, que idealizou a escala FACES III, para testá-la em nosso meio.

A tradução do instrumento FACES III foi feita pelos 10 componentes do grupo de pesquisa (todos graduados em escola de língua inglesa). Inicialmente foi feita a tradução para a língua portuguesa e, após, realizou-se a versão do português para o inglês através de duas tradutoras profissionais que desconheciam o instrumento.

Os questionários Beavers-Timberlawn e GARF foram traduzidos do inglês pela autora. A tradução foi aperfeiçoada com a ajuda de três colegas terapeutas de família proficientes em inglês. Os instrumentos traduzidos foram depois vertidos ao inglês para verificar a confiabilidade da tradução.

A utilização do BT no ensino da dinâmica de funcionamento familiar já vinha sendo feita pela autora há alguns anos, quando paralelamente começou a investigar os fatores de risco para abandono na infância. Desses estudos surgiu a necessidade de encontrar instrumentos que avaliassem objetivamente o funcionamento da família e pudessem ser usados por técnicos com pouco treinamento. Surgiu, então, a idéia de testar a utilidade do FACES III (que era a escala mais citada na literatura) em nosso meio, o que foi feito entre 1990 e 1991. Em 1991 a autora teve acesso ao GARF que estava sendo testado por uma força-tarefa em Terapia Familiar da Associação Psiquiátrica Americana e

decidiu incluí-la nos estudos, por parecer uma forma simples e útil de classificar o funcionamento familiar.

Inicialmente, sistematizou-se o estudo do FACES III por ser auto-respondido, pensando-se que seria o instrumento mais útil em cuidados primários. Utilizou-se, no estudo, a mesma metodologia dos colegas idealizadores da escala.

Posteriormente, ao iniciar o Curso de Mestrado, constatou-se que faltava, no estudo, a comparação com um padrão-ouro que atestasse sua validade. Dessa reflexão surgiu o estudo do grupo A.

Os membros da equipe que aplicaram o questionário FACES III na população do bairro Santana foram treinados para adotar um procedimento padrão: 1) após apresentarem-se e mostrarem o crachá de identificação do HCPA, informavam verbalmente os membros da família sobre o conteúdo e objetivo da pesquisa, pedindo o seu consentimento verbal para a participação no projeto, 2) preenchiam a identificação da família e 3) entregavam um questionário para cada pessoa, com a instrução de não haver trocas de opiniões sobre as respostas. Em caso de dúvidas quanto à interpretação, o aplicador pedia que apenas lessem a pergunta novamente, tantas vezes quanto necessário. Para os analfabetos as perguntas eram lidas em voz alta. Em casas onde não estavam presentes todos os membros da família, deixava-se o questionário (com a mesma recomendação de sigilo) que era recolhido alguns dias após.

O questionário foi aplicado em cento e duas famílias, que tinham um total de quatrocentos e quarenta e quatro membros. Desses, os duzentos e noventa e oito com mais de doze anos preencheram a escala.

Na avaliação do grupo de pesquisadores de campo para obter os cento e dois casos de famílias do grupo B, foram visitadas 239 casas, já que sessenta e uma portas não foram abertas, dezoito famílias recusaram-se a participar do estudo e cinquenta e oito casos foram excluídos após a entrevista, por não preencherem rigorosamente os fatores de inclusão no estudo.

Todas as respostas aos questionários foram revisadas conjuntamente pela equipe como medida de controle de qualidade.

O estudo do grupo A obedeceu a outra dinâmica. Como já foi dito, esse estudo foi montado quando se percebeu que, na literatura, a maioria dos trabalhos só estudava o comportamento do FACES III em várias populações, mas que isso não equivalia a uma validação por faltar a comparação com um padrão-ouro. Uma exceção é o estudo de Green (45,46) que, entretanto, só estudou os casais. O grupo A foi montado, portanto, para que nele pudéssemos aplicar uma entrevista clínica que servisse como padrão-ouro para a validação. Foram selecionadas consecutivamente trinta e uma famílias clínicas e não clínicas que estavam dentro dos critérios de inclusão. Foi difícil formar o grupo, porque a rigidez dos critérios impedia a maioria das famílias indicadas de participar, mas mantivemos essa conduta rigorosamente.

Seis das famílias não apresentavam nenhuma queixa e participaram do projeto apenas a título de colaboração, de modo a ajudar nos objetivos da pesquisa. As outras vinte e cinco famílias foram selecionadas consecutivamente da casuística da internação e ambulatório do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e do consultório particular da autora e sua colaboradora, por estarem dentro dos critérios de inclusão. Desse grupo constaram famílias com pacientes de diferentes idades, portadores de diversos diagnósticos: neuroses, transtornos de conduta, psicoses, dependência de álcool, transtornos alimentares e transtornos de personalidade, sem clara predominância de nenhum desses quadros.

Cada família foi informada do objetivo e metodologia da pesquisa e convidada a participar. Após a aceitação foi marcada a entrevista psiquiátrica com toda a família. Essa entrevista foi sempre realizada pela autora (que tem 20 anos de experiência em Psiquiatria de Adultos, Psiquiatria Infantil e de Adolescentes e Terapia Familiar), frente a um grupo de alunos, como parte de um seminário teórico-clínico de treinamento da residência e do Curso de Especialização em Psiquiatria Geral e de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Os casos da clínica privada da autora não foram entrevistados frente ao grupo. Três casos de clínica privada da Dra. Miriam Tetelbom foram incluídos na amostra e entrevistados apenas por ela. Em pesquisa anterior, a autora e sua colaboradora apresentaram alta correlação em suas avaliações clínicas ($R = 0,98$; $p < 0,05$) (33).

As entrevistas duraram entre 60 e 90 minutos. Delas participaram sempre todos os membros da família. Quando havia crianças, utilizaram-se brinquedos e material de

desenho para facilitar a participação. A entrevista iniciava de forma bastante livre, para permitir o estabelecimento do vínculo de confiança, o que era sempre facilitado pela presença do colega que encaminhara o caso ao lado da entrevistadora, mesmo nos casos em que eram pessoas de sua rede social. Na primeira etapa da entrevista, as comunicações espontâneas permitem observar quem fala e quais os temas e interações que surgem, facilitando a entrada na segunda etapa da entrevista. Nessa examinam-se, sistematicamente, os papéis desempenhados pelos membros, as relações entre eles, hábitos e rotinas familiares. Observam-se assuntos omitidos e aqueles que aparecem com facilidade. Ao mesmo tempo examina-se como e quem dá as informações, quais as diferenças de opinião entre os membros da família, qual é o clima emocional da sessão, se existem divergências entre o casal (explícitas ou implícitas?), como participam as crianças, se parecem envolvidas nos problemas do casal, se seu desenvolvimento é adequado à sua idade cronológica. À medida que eles mostram mais confiança, introduzem-se questões sobre a história do casal e da família, sobre história intergeracional, procurando ver o relacionamento e padrões de repetição. Por último, entra-se em áreas potencialmente mais conflitivas ou delicadas, através das perguntas: Quais são as áreas de diferenças ou dificuldades entre vocês e como são resolvidas? Como lidam com o dinheiro, com sexo, com fidelidade? Qual é a "receita" de vocês para um bom funcionamento familiar?

As entrevistas com famílias clínicas e não clínicas seguiram aproximadamente o mesmo formato. Entretanto, quanto maior a problemática psiquiátrica, freqüentemente mais difícil era obter algumas respostas específicas e manter a seqüência das perguntas. Em todos os casos, ao lado da investigação das áreas de conflito, dava-se sempre ênfase

às capacidades da família de resolver problemas e apoiar-se entre si, além dos aspectos de competência dentro e fora da família. A entrevista era concluída, pedindo que a família fizesse as perguntas que julgasse necessárias, perguntando se queria ouvir o que o grupo tinha pensado durante a entrevista. Frequentemente a família aceitava e o grupo fazia devoluções muito sensíveis e gratas pela colaboração, o que fazia com que a família saísse da entrevista com a experiência de tê-lo ajudado e, frequentemente também, sentindo-se ajudada.

Após a entrevista, a família recebia o questionário FACES III para ser respondido logo a seguir ou, quando isso não era possível, em casa, com a instrução de não haver intercâmbio de idéias.

Logo após a entrevista, a autora preenchia os questionários BT e GARF, sem prévia discussão a respeito da família.

4.7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O método de estudo consta de entrevista semi-estruturada e aplicação de questionários. É um procedimento sem riscos para os pacientes, razão pela qual consideramos ser apropriada a adoção do consentimento apenas verbal, após detalhada explicação sobre os procedimentos e objetivos da pesquisa.

Pensamos que o desconforto causado aos sujeitos da pesquisa no grupo A que tiveram que deslocar-se ao Hospital de Clínicas e ser entrevistados frente a um grupo de médicos é compensado pelo benefício potencial da pesquisa que visa desenvolver instrumentos capazes de identificar precocemente problemas familiares que, segundo a bibliografia consultada, podem levar à eclosão, piora e cronificação de doenças. Foi assegurada a todos os sujeitos da amostra a total confidencialidade em relação à informação obtida e previsto o atendimento, ou encaminhamento, quando necessário.

O projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa e Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Foi considerado sem risco, de acordo com as normas de ética e pesquisa do Conselho Nacional de Saúde (43), sendo julgado adequado o uso do consentimento verbal.

4.8. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Na análise estatística dos resultados deste estudo, utilizaram-se os programas Statistical Package for Social Sciences (SPSS) e o Epi-Info. Realizou-se a análise descritiva das variáveis (frequências, médias e desvio padrão e mediana). Quanto às variáveis sócio-econômicas (escolaridade, classe social, religião e migração) e da estrutura familiar (fase da vida familiar, anos de união e contato com a família de origem), só foi possível fazer o seu estudo descritivo devido ao pequeno número de famílias da amostra.

Para verificar a concordância dos instrumentos entre si e em relação à avaliação clínica, usada como padrão-ouro, fez-se uso do coeficiente de correlação de Spearman.

A análise de variância e o teste de Duncan foram utilizados para comparar a variável resposta risco dividida em três categorias, baixo risco, risco moderado e alto risco para distúrbio psiquiátrico, em relação às variáveis quantitativas em estudo. Para comparar as variáveis categóricas, utilizou-se o teste qui-quadrado. Para as variáveis numéricas sem distribuição normal usaram-se os testes de Kruskal-Wallis e Mann-Whitney.

Para verificar a correlação entre variáveis numéricas ou ordinais, utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson e Spearman.

Para verificar a concordância entre variáveis categóricas, utilizou-se o coeficiente de concordância Kappa.

Também testamos a sensibilidade e especificidade da escala de coesão do FACES III, com resultados decorrentes da análise, segundo o modelo circumplexo.

Para comparar os resultados da aplicação do FACES III no grupo da população com os resultados da literatura, utilizou-se a análise de variância e o teste DMS (diferença mínima significativa).

Foi calculado o poder do estudo para o coeficiente de correlação entre as variáveis ordinais ou quantitativas.

O nível de significância escolhido para este estudo foi $p < 0,05$.

5. RESULTADOS

5 . RESULTADOS

5.1. CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO ESTUDADA

5.1.1. DESCRIÇÃO DAS AMOSTRAS

Este estudo analisou dois grupos amostrais, selecionados de maneira diferente e com objetivos diversos, que estão compostos da seguinte maneira:

Grupo A - organizado com o objetivo de testar e validar as escalas diagnósticas, estudado no Ambulatório, formado por trinta e uma famílias, algumas com e outras sem problemas psiquiátricos, todas compostas de pai e mãe e com um total de cinquenta e seis filhos, configurando um grupo de cento e dezoito indivíduos.

Este grupo foi categorizado em três grupos, utilizando os critérios da avaliação clínica, segundo o grau estimado de risco ou presença de problema psiquiátrico;

Sub-Grupo A1) grupo de baixo risco, composto de nove famílias, todas com pai e mãe e um total de dezenove filhos, perfazendo um total de trinta e sete indivíduos.

Sub-Grupo A2) grupo de risco moderado, composto de treze famílias, todas com pai e mãe e um total de vinte e um filhos, resultando num total de quarenta e sete indivíduos.

Sub-Grupo A3) grupo de alto risco, composto de nove famílias, todas com pai e mãe e um total de vinte e seis filhos, somando cinquenta e dois indivíduos.

Grupo B - organizado para testar o comportamento da escala FACES III numa população não clínica, do bairro Santana, formado por cento e duas famílias, todas com pai e mãe e com um total de duzentos e trinta e sete filhos, somando quatrocentos e quarenta e um indivíduos.

5.1.2. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA

5.1.2.1. Número de filhos

Em relação à média do número de filhos, os achados não mostraram diferenças estatisticamente significativas nos grupos A (e seus subgrupos) e B, (grupo A1: $2,00 \pm 1,12$; grupo A2: $1,77 \pm 1,09$; grupo A3: $2,89 \pm 1,05$; grupo B: $2,34 \pm 1,83$).

5.1.2.2. Idade dos pais

As idades dos pais e mães (Tabela 3) não mostram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (ANOVA). A idade média dos pais é de 44,39 anos e das mães é 41,52 anos.

5.1.2.3. Idade dos filhos

A idade dos filhos (Tabela 3) é estatisticamente maior no grupo da população, com uma média de 19,60 anos e menor no grupo de risco moderado com uma média de 9 anos.

TABELA 3 Descrição das características demográficas da amostra nos diferentes grupos estudados

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	GRUPO DE BAIXO RISCO	GRUPO DE RISCO MODERADO	GRUPO DE ALTO RISCO	GRUPO DA POPULAÇÃO	P
Nº DE FILHOS *	n=9 2,00±1,12	n=13 1,77±1,09	n=9 2,89±1,05	n=102 2,34±1,83	0,22
IDADE PAI *	n=9 39,00±8,15	n=13 40,77±9,63	n=9 50,22±7,89	n=102 47,58±14,79	0,104
IDADE MÃE *	n=9 35,78±8,80	n=13 38,62±10,02	n=9 48,44±7,57	n=102 43,24±13,51	0,114
IDADE FILHOS *	n=19 10,74±6,14	n=21 9,00±5,78	n=26 15,58±7,34	n=237 19,60±12,18	0,000

* média ± desvio padrão

5.1.3. CARACTERÍSTICAS SÓCIO-ECONÔMICAS DA AMOSTRA

5.1.3.1. Escolaridade

A escolaridade foi classificada em 7 níveis progressivos: 1) analfabeto, 2) 1º grau incompleto, 3) 1º grau completo, 4) 2º grau incompleto, 5) 2º grau completo, 6) 3º grau incompleto e 7) 3º grau completo (Figura 4).

Na comparação de escolaridade dos pais, há uma diferença com $p=0.06$, o qual é muito próximo do ponto de corte utilizado para significância estatística (teste de Kruskal Wallis). A diferença na escolaridade das mães é significativa ($p=0,03$), mas não é possível definir quais os grupos que diferiram. Os resultados sugerem que o grupo da população é o grupo com menor grau de escolaridade, diferenciando-se do grupo de risco moderado. Só encontramos analfabetos no grupo da população.

Ao comparar as frequências da escolaridade dos pais e das mães da amostra total, não encontramos diferenças estatisticamente significativas ($p=0,77$).

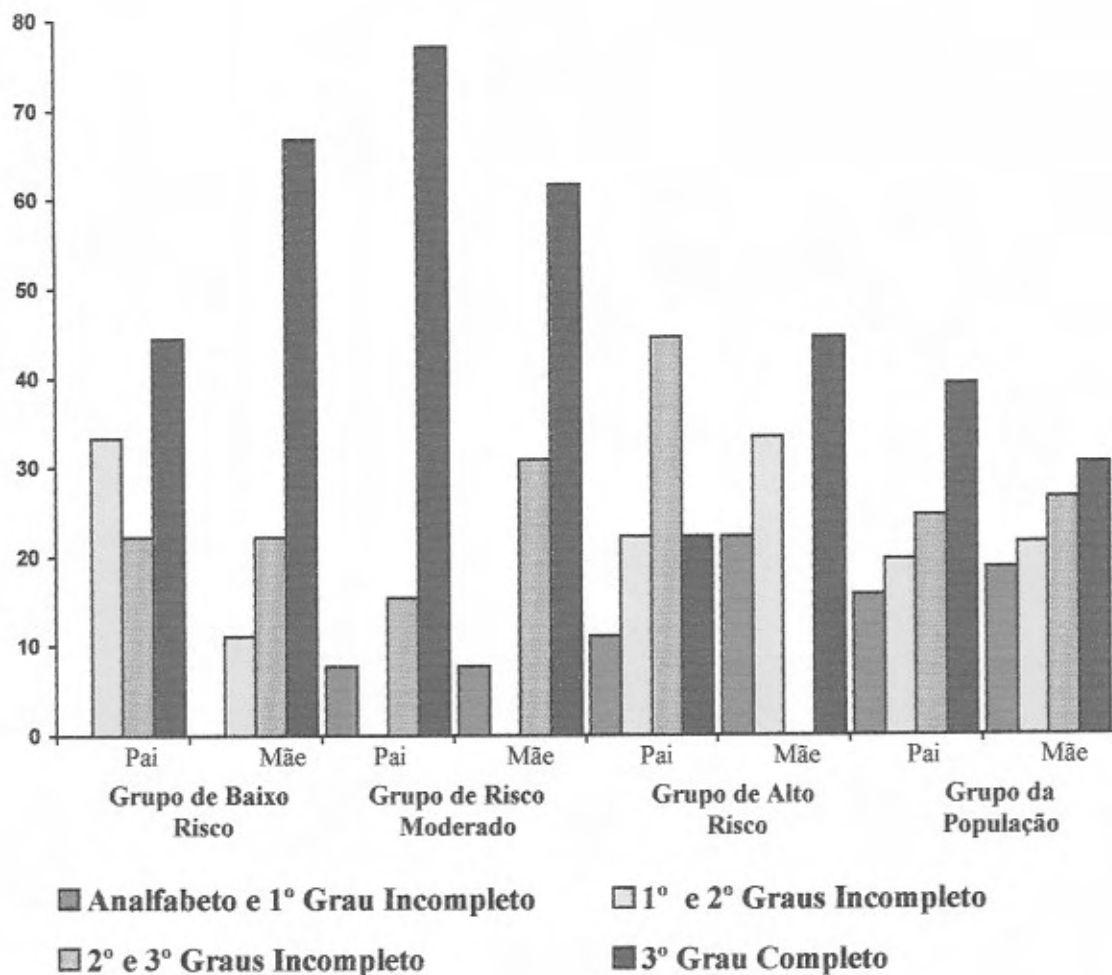


FIGURA 4 Descrição das freqüências da escolaridade nos diferentes grupos estudados

5.1.3.2. Renda

Avaliou-se a renda como valor contínuo em número de salários mínimos, observando-se que, no que se refere à renda individual do pai e da mãe, não há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (teste de Kruskal-Wallis) (Tabela 4). A renda dos pais é maior que a renda das mães em todos os grupos. A média da renda dos pais varia entre 12,57 e 29,73 salários mínimos e as mães entre 7,68 e 13,24 salários

mínimos. Dentro de cada grupo a variação de renda é muito grande. É maior no grupo de risco moderado em que aparece um pai sem salário e outro com renda de 150 salários mínimos.

Quanto à renda familiar também não há diferença estatisticamente significativa entre os grupos, variando a média entre 25,81 e 35,24 salários mínimos. Dentro de cada grupo há uma enorme amplitude de variação de renda, desde famílias com rendimentos de menos de um salário mínimo até famílias que ganham 213,9 salários mínimos por mês.

TABELA 4 Descrição da renda nos diferentes grupos estudados

RENDA*	GRUPO DE BAIXO RISCO	GRUPO DE RISCO MODERADO	GRUPO DE ALTO RISCO	GRUPO DA POPULAÇÃO	p ***
PAI (média \pm dp) variação**	12,57 \pm 14,74 0 - 40,00	29,73 \pm 39,93 0 - 150,00	17,36 \pm 21,96 0 - 60,00	26,78 \pm 28,80 0 - 146,00	p = 0,27
MÃE (média \pm dp) variação**	13,24 \pm 18,83 0 - 50,00	8,59 \pm 11,82 0 - 30,00	8,68 \pm 10,58 0 - 25,00	7,68 \pm 12,92 0 - 67,90	p = 0,56
RENDA FAMILIAR (média \pm dp) variação**	25,81 \pm 24,64 0 - 55,00	35,24 \pm 48,91 0 - 180,00	27,23 \pm 18,09 0 - 60,00	34,22 \pm 36,86 0 - 213,90	p = 0,87

* Renda em salários mínimos

** Amplitude de variação das rendas em salários mínimos

*** p corresponde ao teste de Kruskal-Wallis

5.1.3.3. Categoria profissional

A amostra foi dividida em dez categorias profissionais: 1) empresário ou proprietário, 2) profissional liberal ou autônomo, 3) funcionário da iniciativa privada, 4) funcionário público, 5) trabalhador do mercado informal, 6) doméstica, 7) do lar, 8) aposentado, 9) desempregado e 10) estudante.

Várias das categorias estudadas tiveram frequência zero, impossibilitando a realização do teste estatístico indicado. Observou-se, entretanto, que as mulheres são as únicas a declararem-se do lar e estão em número maior entre os funcionários públicos (Tabela 5).

5.1.3.4. Classe social

A classe social das famílias do grupo A foi estudada, utilizando os critérios da nova proposta do MARPLAN (anexo), o padrão brasileiro usado em pesquisa social. Essa escala associa a pontuação dada à escolaridade do chefe da família à soma da pontuação obtida na soma dos diferentes itens de conforto doméstico que a família possui. Neste estudo introduzimos uma modificação na avaliação, ao considerar a escolaridade mais alta na família, seja ela do pai ou da mãe. A análise não mostra correlação estatisticamente significativa entre a classe social e o grupo de risco ($R_s=0,06$, $p=0,75$) (Figura 5).

O grupo B não foi estudado por falta de dados.

TABELA 5 Descrição da categoria profissional nos diferentes grupos estudados

CATEG PROFIS.	GRUPO DE BAIXO RISCO n = 9		GRUPO DE RISCO MODERADO n = 13		GRUPO DE ALTO RISCO n = 9		GRUPO DA POPULAÇÃO n = 102	
	PAI N(%)	MÃE N(%)	PAI N(%)	MÃE N(%)	PAI N(%)	MÃE N(%)	PAI N(%)	MÃE N(%)
empresário ou proprietário	1(11,10)	1(11,10)	2(16,70)	1(8,30)	-	-	12(12,20)	4(4,00)
profissional liberal ou autônomo	3(33,30)	3(33,30)	5(41,70)	4(33,30)	5(55,60)	2(22,20)	21(21,40)	10(10,00)
funcion. da iniciativa privada	1(11,10)	-	-	-	2(22,20)	1(11,10)	27(27,60)	11(11,00)
funcionário público	2(22,20)	4(44,40)	1(8,30)	2(16,70)	-	2(22,20)	16(16,30)	24(24,00)
trabalhador do mercado informal	-	-	-	-	-	1(11,10)	1(1,00)	-
doméstica	-	-	-	-	-	-	-	1(1,10)
do lar	-	1(11,10)	-	3(25,00)	-	3(33,30)	-	37(37,00)
aposentado	-	-	1(8,30)	-	2(22,20)	-	20(20,40)	5(5,00)
desempreg.	1(11,10)	-	-	1(8,30)	-	-	-	5(5,00)
estudante	1(11,1)	-	-	1(8,30)	-	-	1(1,00)	3(3,00)
sem dados	-	-	1(8,30)	-	-	-	-	-

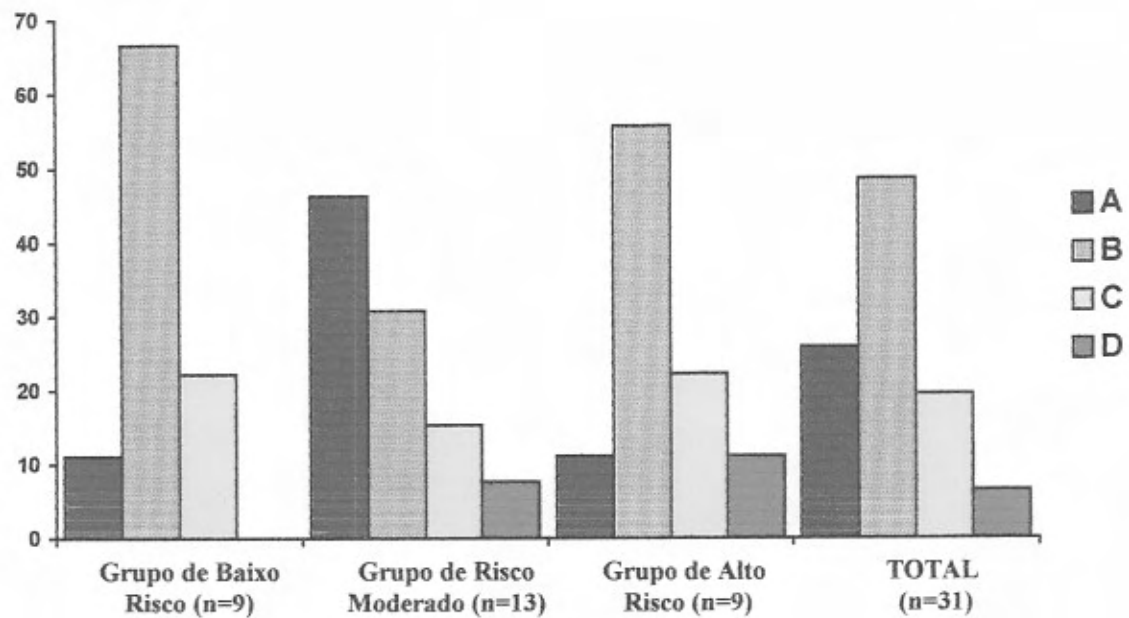


FIGURA 5 Descrição da relação entre classe social e avaliação clínica nos diferentes subgrupos do grupo A

5.1.3.5. Religião

Houve clara predominância da religião católica entre homens e mulheres de todos os grupos, ainda que não tenha sido possível a realização de teste estatístico, já que muitas caselas não foram preenchidas (teste qui-quadrado) (Figura 6).

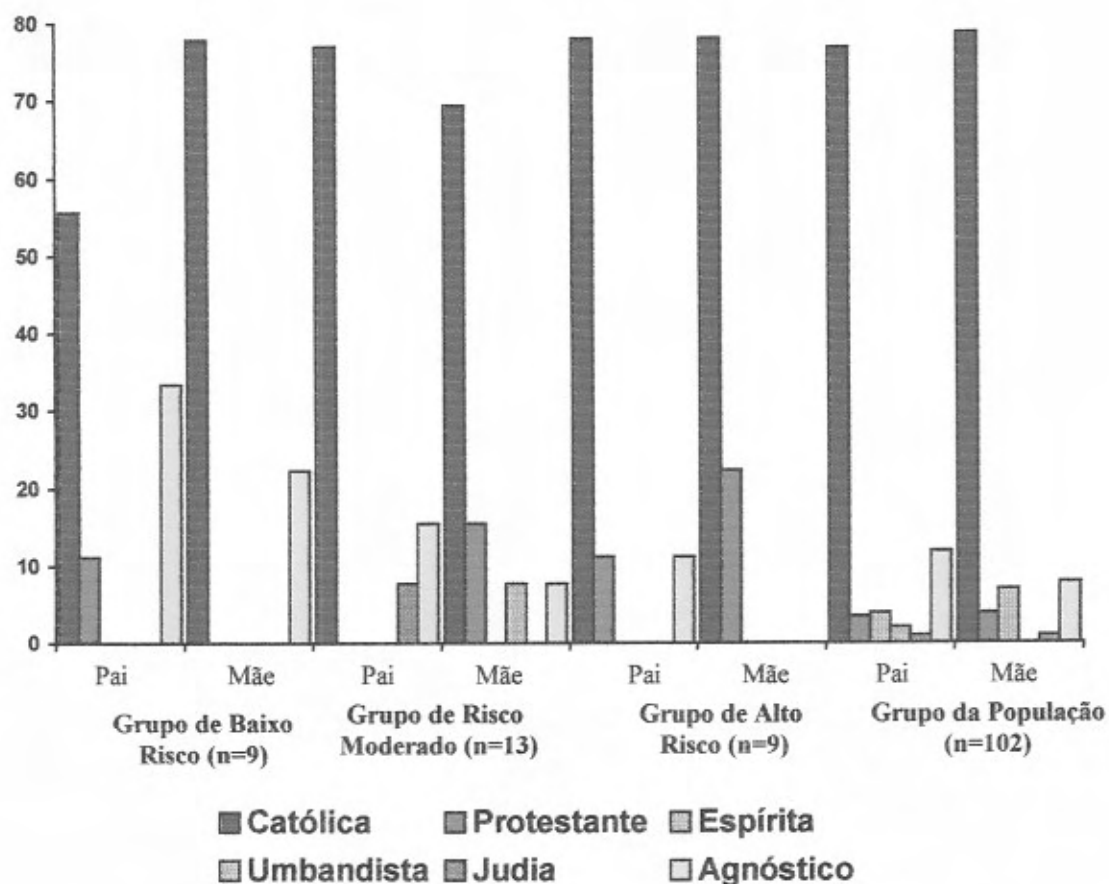


FIGURA 6 Descrição da religião do pai e da mãe nos diferentes grupos estudados

Quando se estuda a prática de religião na família, não é possível fazer a comparação estatística, devido à frequência zero em alguns dos grupos, entretanto aparecem com maior frequência pai e mãe declarando ter religião que não praticam, em todos os grupos, exceto no de alto risco, em que predomina o grupo em que pai e mãe praticam religião. (Figura 7)

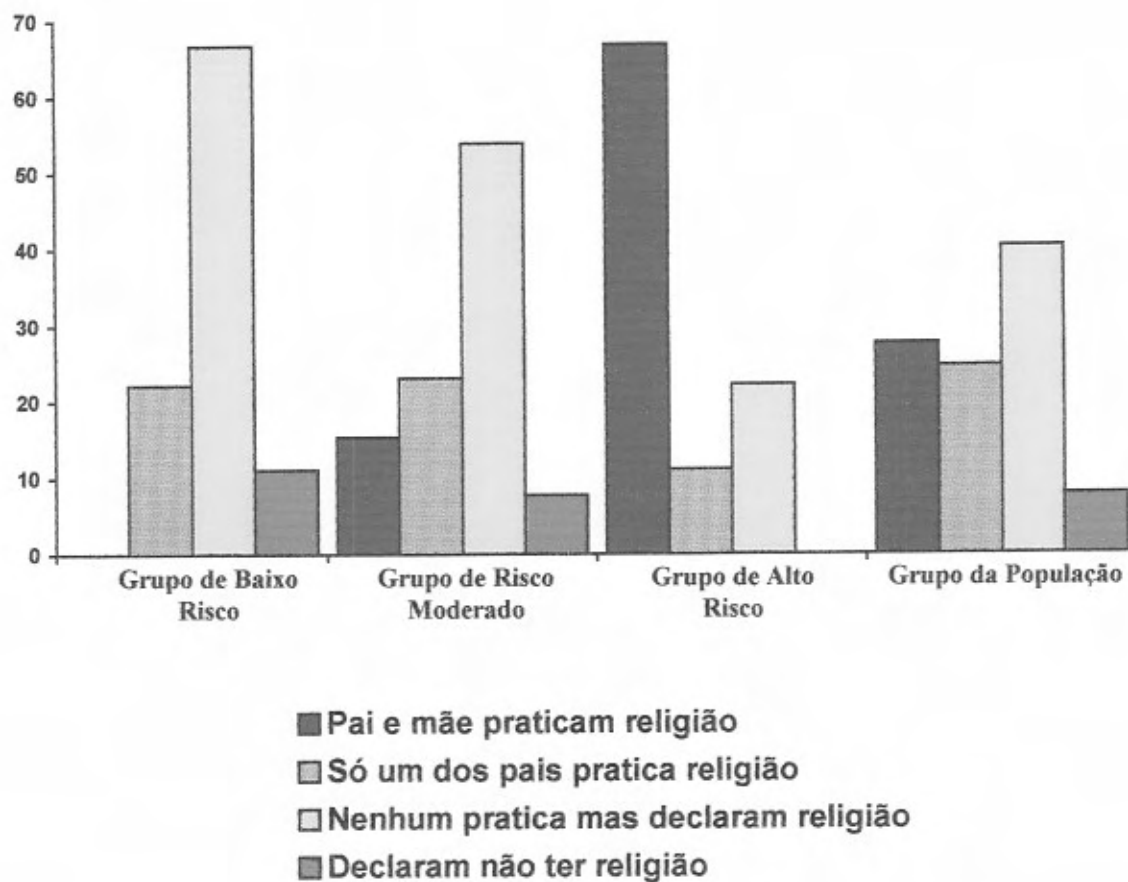


FIGURA 7 Descrição da prática de religião na família nos diferentes grupos estudados

5.1.3.6 Migração

A história de migração foi estudada individualmente para cada um dos pais e para o grupo familiar como um todo. Apesar de não ser possível a comparação estatística dos grupos, alguns dados parecem relevantes (Figura 8 e 9).

No grupo da população (grupo B), é maior a proporção de indivíduos migrantes (pais: 52,00% e mães: 55,90%) e maior ainda quando se estuda a família como um todo, já que, em 65,40% das famílias, um dos pais migrou. Entretanto, a migração não é recente, pois, em 63,40% das famílias, o deslocamento ocorreu há mais de cinco anos.

A análise do grupo A mostra os seguintes resultados:

Subgrupo de baixo risco: é maior o número de indivíduos não migrantes (pais, 77,80% e mães, 88,90%). Entre as famílias, 66,70% são não migrantes. Nas famílias em que houve migração, essa ocorreu há mais de cinco anos em todos os casos.

Subgrupo de risco moderado: a maioria dos indivíduos são não migrantes (pais, 69,20% e mães, 84,60%), assim como a maioria das famílias (69,20%). Quando houve migração (em 23,10% das famílias), na sua maioria ocorreu há mais de cinco anos (15,40%).

Subgrupo de alto risco: é maior o número de indivíduos que não migrou (pais, 55,60% e mães, 55,60%), entretanto é maior o número de famílias em que há história de migração do grupo ou de um dos pais (55,55%), mas em todos os casos isso ocorreu há mais de cinco anos.

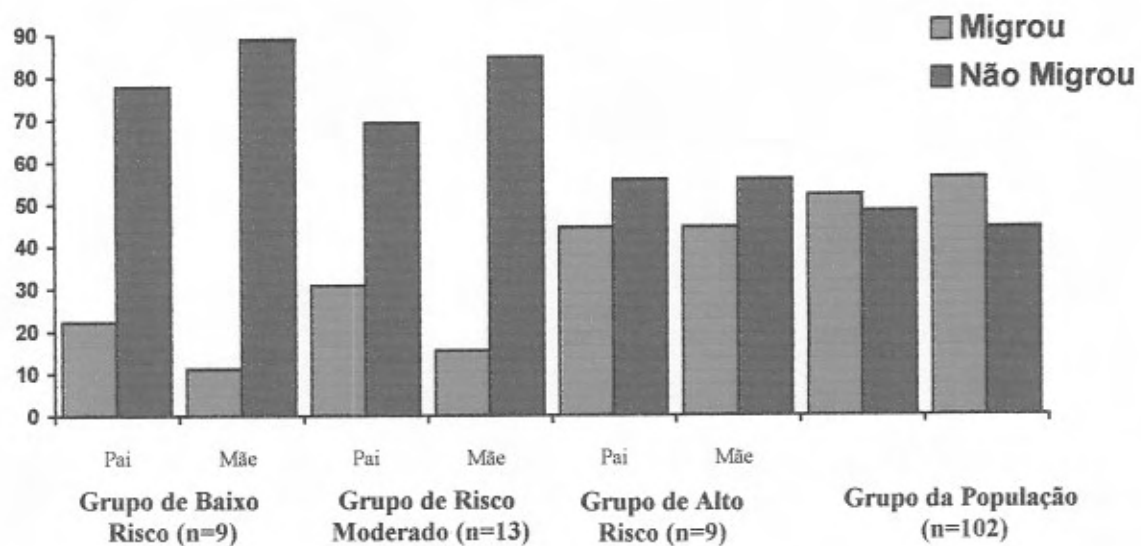


FIGURA 8 Descrição da história de migração dos pais nos diferentes grupos estudados

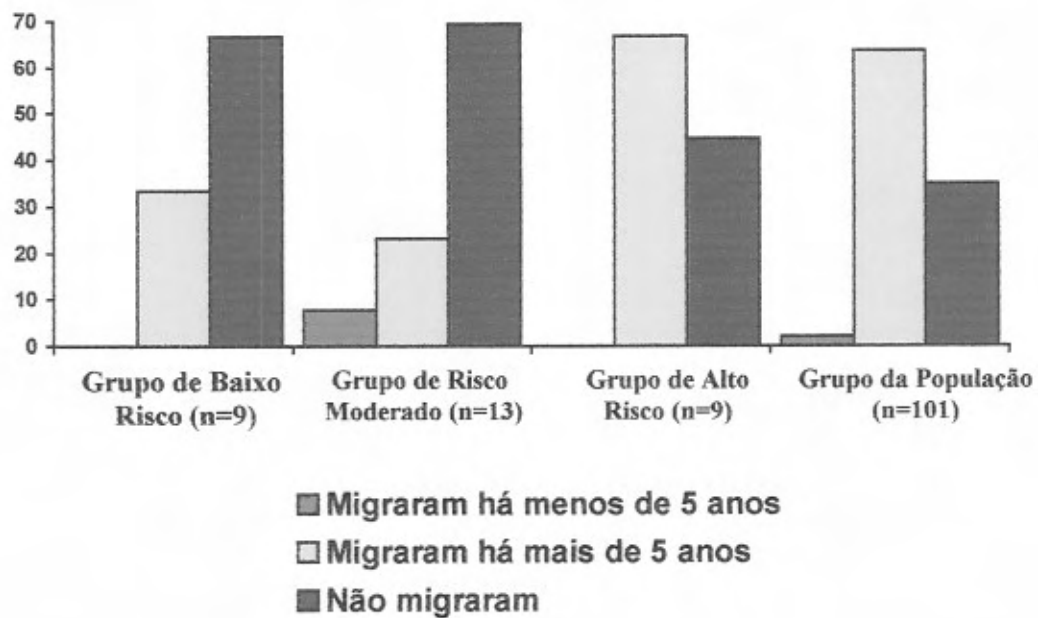


FIGURA 9 Descrição da história de migração familiar nos diferentes grupos estudados

5.1.4. CARACTERÍSTICAS DA ESTRUTURA FAMILIAR DA AMOSTRA

5.1.4.1. Fase da vida familiar

Quanto à fase da vida familiar, estes foram os resultados encontrados (Figura 10):

Grupo da população (grupo B): neste grupo verificamos que 8,90% da amostra está na fase 1 (casal sem filhos), sendo que 6,90% tem menos de dez anos de união e 2,00% tem mais do que dez anos de união; 28,40% está na fase 2 (famílias com filhos pequenos); 21,60% na fase 3 (família com filhos adolescentes); 25,50% na fase 4 (família com filhos adultos que moram em casa) e 15,70% está na fase 5 (fase do ninho vazio).

Grupo A - subgrupo de baixo risco: 11,10% da amostra está na fase 1 (com menos de dez anos de união); 44,40% na fase 2; 11,10% na fase 3 e 33,30% na fase 4. Não há nenhuma família na fase do ninho vazio.

Subgrupo de risco moderado: 7,70% da amostra está na fase 1 (com menos de dez anos de união); 53,80% na fase 2; 23,10% na fase 3 e 15,40% na fase 5. Não há nenhuma família com filhos adolescentes neste grupo.

Subgrupo de alto risco: não há casais sem filhos nesta amostra, sendo que 11,10% está na fase 2; 33,30% na fase 3; 44,40% na fase 4 e 11,10% na fase 5.

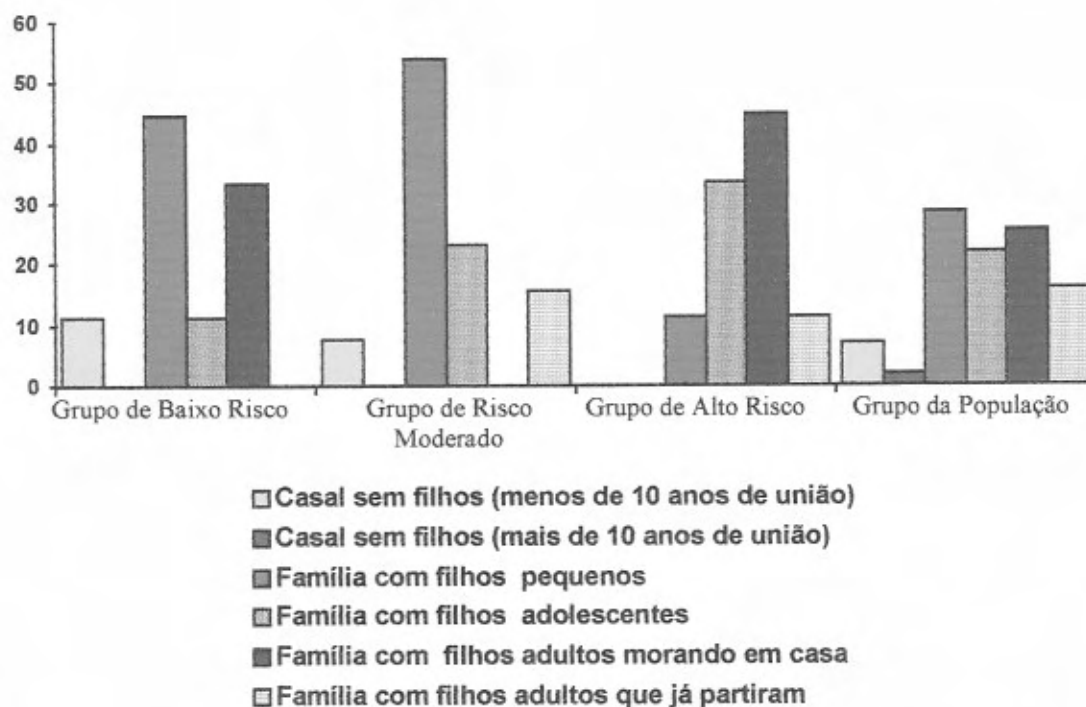


FIGURA 10 Descrição da fase da vida familiar nos diferentes grupos estudados

5.1.4.2. Situação conjugal

Quanto à situação conjugal, ao estudar os resultados, fizemos algumas verificações (Figura 11):

na amostra da população (grupo B), 88,82% são casais de primeiras núpcias com união legal e 7,84% sem união legal, 0,98% são famílias reconstituídas, e faltam dados em 2,94% da amostra;

no grupo A, subgrupo de baixo risco, 88,90% são casais de primeiras núpcias com união legal e 11,10% sem união legal; não há famílias reconstituídas;

no subgrupo de risco moderado, 61,50% da amostra são casais de primeiras núpcias com união legal e 7,70% sem união legal, sendo que 30,80% são famílias reconstituídas;

no subgrupo de alto risco, 77,80% são casais em primeiras núpcias com união legal e 11,10% sem união legal; 11,10% são famílias reconstituídas.

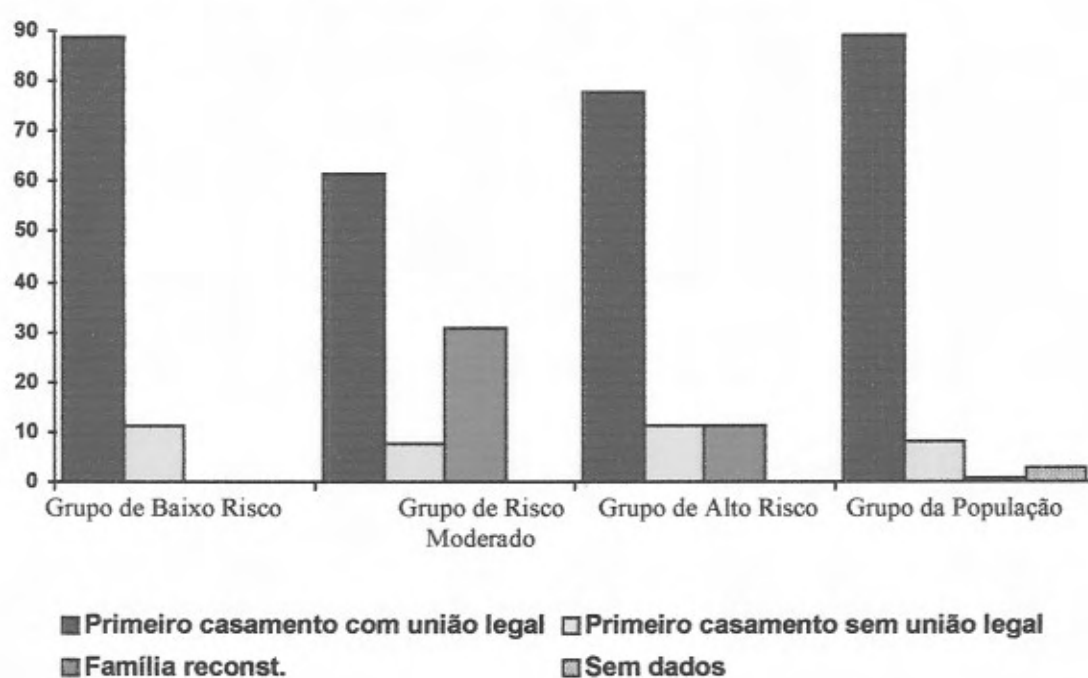


FIGURA 11 Descrição da situação conjugal nos diferentes grupos estudados

5.1.4.3. Anos de união dos casais

Ao estudar nossa amostra, verificamos (Tabela 6) que a média de anos de união no grupo da população (grupo B) é de 19,13 anos, com o mínimo de um ano e o máximo de cinquenta e dois anos de união.

No grupo A, subgrupo de baixo risco, a média é de 13,33 anos, com o mínimo de quatro e o máximo de 23,00 anos.

No subgrupo de risco moderado, a média é de 11,77 anos de união com o mínimo de 1,00 e máximo de 28,00 anos de união.

No subgrupo de alto risco, a média é de 21,89 anos com o mínimo de 7,00 e máximo de 34,00 anos de união.

Não há diferença estatisticamente significativa entre os grupos (teste Kruskal-Wallis).

TABELA 6 Descrição dos anos de união nos diferentes grupos estudados

	GRUPO DE BAIXO RISCO	GRUPO DE RISCO MODERADO	GRUPO DE ALTO RISCO	GRUPO DA POPULAÇÃO	F	SIG
anos de união (média±dp) *	13,33 ±7,66	11,77 ±6,73	21,89 ±7,57	19,13 ±13,16	18	0,09
variação **	min. 4 máx. 23	min. 1 máx. 28	min. 7 máx. 34	min. 1 máx. 52		

* média ± desvio padrão

** amplitude da variação dos anos de união do casal

5.1.4.4. Contato com a família de origem

O estudo do contato dos indivíduos (pai e mãe) com sua família de origem revelou que no grupo da população (grupo B), a grande maioria mantém contato (81,00% dos pais e 81,80% das mães). No grupo A, os pais e mães dos subgrupos de risco baixo e

moderado têm contato em 100% dos casos. No subgrupo de alto risco apenas uma família (10,11%) declarou que só o pai mantém contato com sua família (Figura 12).

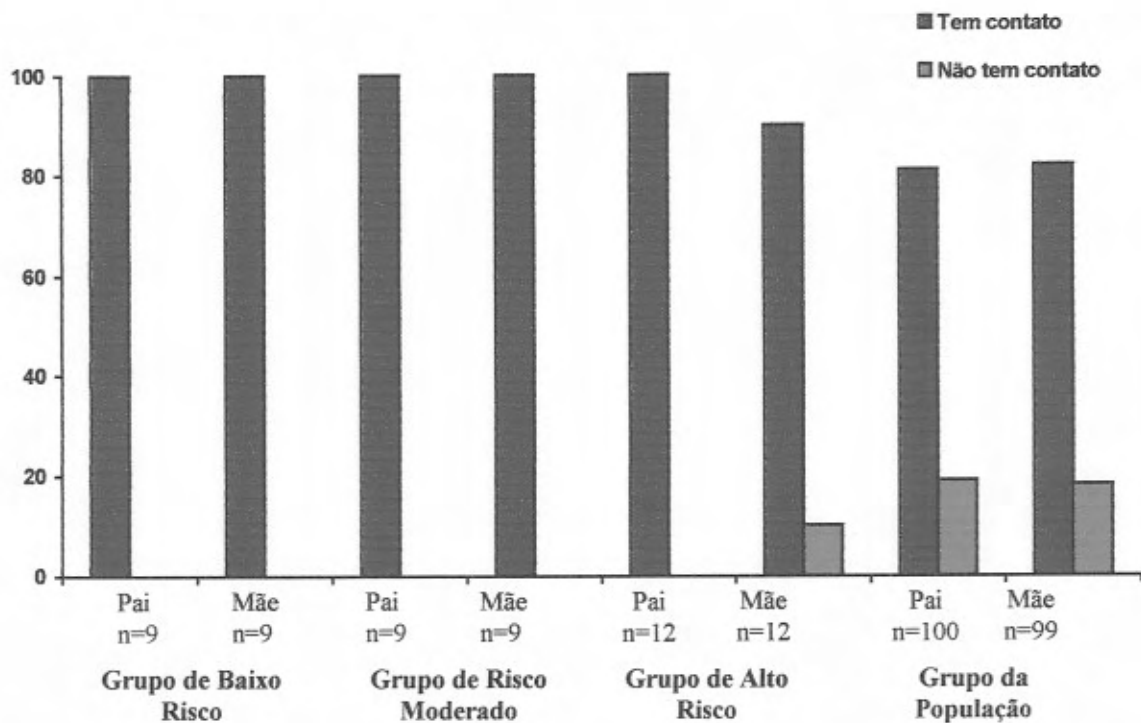


FIGURA 12 Descrição do contato do pai e mãe com suas famílias de origem nos diferentes grupos estudados

Ao examinar se o grupo familiar mantém contato com as famílias de origem, verificamos que isso ocorre na grande maioria dos casos nas duas amostras (Figura 13).

No grupo da população (grupo B), apenas 7,90% das famílias declaram não manter contato com suas famílias de origem. A grande maioria (72,30%), mantém contato com as famílias do pai e da mãe, enquanto que 9,90% só com a família do pai e 9,90% só com a família da mãe.

No grupo A, subgrupo de baixo risco, 100% das famílias mantêm contato com a família da mãe e com a família do pai.

No subgrupo de risco moderado, 100% das famílias mantêm contato com as famílias do pai e da mãe.

No subgrupo de alto risco, a maioria (89,89%) das famílias tem contato com as duas famílias de origem. Apenas uma família (10,11%) declarou só ter contato com a família do pai.

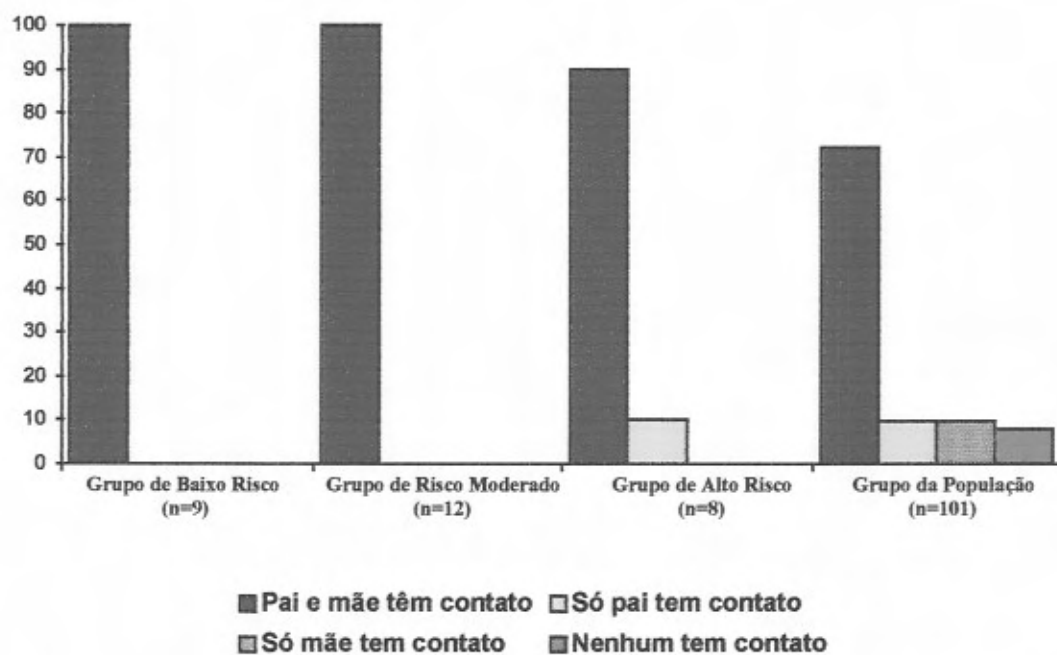


FIGURA 13 Descrição do contato do grupo familiar com suas famílias de origem nos diferentes grupos estudados

5.2. RESULTADOS DA APLICAÇÃO DAS ESCALAS

5.2.1. COMPARAÇÃO DAS ESCALAS COM O PADRÃO-OURO

Analizamos aqui a comparação do comportamento das três escalas em estudo com o padrão-ouro escolhido, a avaliação clínica. Estudamos também a comparação das escalas entre si. Foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson.

5.2.1.1. FACES III - escalas de coesão e adaptabilidade

O FACES III é composto de duas escalas combinadas, cada uma com dez perguntas, que resultam em dois escores diferentes. Um dos escores mede a coesão e outro a adaptabilidade da família.

A correlação dos resultados da coesão do FACES III com a avaliação clínica é estatisticamente significativa ($R=0,40$; $p=0,027$). Demonstra uma relação linear positiva entre a coesão e a saúde mental da família.

O estudo da correlação entre os resultados da escala de adaptabilidade e a avaliação clínica não mostrou resultados estatisticamente significativos ($R=0,24$; $p=0,195$). Foram feitas tentativas de transformação matemática do valor da adaptabilidade (logarítmica base c , base 10, exponencial e raiz quadrada), mas não conseguimos identificar nenhuma relação linear.

O escore global do FACES III para a família, utilizando o modelo circumplexo, não demonstrou correlação estatisticamente significativa com a avaliação clínica. Esses resultados serão apresentados com mais detalhes adiante.

5.2.1.2. Escala Beavers-Timberlawn (BT)

A correlação entre os resultados da escala BT e da avaliação clínica é positiva e altamente significativa ($R=0,91$; $p=0,000$).

5.2.1.3. Escala global do funcionamento interacional (GARF)

A correlação entre os resultados da escala BT e da avaliação clínica é positiva e altamente significativa ($R=0,89$; $p=0,000$).

5.2.1.4. Comparações entre as escalas

Como descrevemos na Tabela 7, as comparações dos resultados das escalas BT e GARF com os da escala de coesão do FACES III é positiva e estatisticamente significativa. As comparações com os resultados da adaptabilidade não são estatisticamente significativas.

A comparação entre os resultados da escala BT e GARF também é positiva e significativa ($R=0,94$; $p=0,000$).

TABELA 7 Comparação entre FACES III, Beavers-Timberlawn (BT) e Avaliação Global do Funcionamento Interacional

COESÃO FACES III	vs	BT	R = 0,48*	p = 0,007
ADAPT. FACES III	vs	BT	R = 0,28	p = 0,13
COESÃO FACES III	vs	GARF	R = 0,60*	p = 0,000
ADAPT. FACES III	vs	GARF	R = 0,33	p = 0,08
BT	vs	GARF	R = 0,94*	p = 0,000

* signif. $p < 0,05$

Obs.: nesta tabela as comparações com o FACES III sempre foram na escala linear, ou seja, não utilizando o modelo circunflexo de classificação.

5.2.2. ESTUDO DA ESCALA FACES III

5.2.2.1. Comparação da COESÃO e ADAPTABILIDADE entre os grupos

Na comparação da coesão do grupo da população (grupo B) e do grupo A, dividido em três grupos de risco, a análise de variância mostra uma diferença significativa ($p=0,03$). Usando o teste de Duncan, para fazer a comparação múltipla entre as médias, verifica-se diferença significativa entre a coesão do grupo da população, do grupo de baixo risco e do grupo de risco moderado em relação ao grupo de alto risco. Aparece aí, novamente, a relação linear entre a coesão e o risco, sugerindo que quanto maior é a coesão da família melhor é a sua saúde mental.

Na comparação da adaptabilidade não aparecem diferenças entre os grupos. A adaptabilidade, avaliada pelo FACES III, não se comporta linearmente (Tabela 8).

TABELA 8 Descrição dos resultados da comparação dos escores médios de coesão e adaptabilidade (do FACES III) nos diferentes grupos estudados

	GRUPO DE BAIXO RISCO grupo 1	GRUPO DE RISCO MODERADO grupo 2	GRUPO DE ALTO RISCO grupo 3	GRUPO DA POPULAÇÃO grupo 0	p
COESÃO (média+DP)*	38,90 ± 2,60	38,8 ± 4,50	34,32 ± 5,50	38,56 ± 3,90	0,03
ADAPT. (média+DP)*	26,28 ± 6,30	28,62 ± 4,10	22,62 ± 6,50	26,70 ± 5,60	0,11

Teste de Duncan 3 # 0, 1 e 2

* média ± desvio padrão

5.2.2.2. Descrição do comportamento do FACES III na população (grupo B) e no grupo A segundo o modelo circumplexo

Apesar dos resultados anteriores sugerirem não haver correlação estatisticamente significativa entre os resultados da escala FACES III, categorizados por grupo de risco, segundo o modelo circumplexo, com a avaliação clínica, decidimos levar adiante o estudo da escala utilizando o modelo circumplexo, já que existem muitos resultados na literatura internacional com os quais podemos estabelecer comparações.

Iniciamos a análise determinando os valores correspondentes aos quatro subgrupos da escala de coesão e de adaptabilidade, conforme o descrito na sessão Material e Métodos, pág. 77. Os resultados estão na Tabela 9. A comparação das médias (teste qui-quadrado) e frequências (teste t) entre os grupos não mostrou diferença significativa.

TABELA 9 Valores da coesão e adaptabilidade no grupo da população (grupo B) e grupo A

CLASSIFI- CAÇÃO	GRUPO DA POPULAÇÃO (B)				GRUPO A				p (teste t)	p X ²
	PARÂME- TROS média±DP*	INTER- VALO**	N	%	PARÂME- TROS média±DP*	INTER- VALO**	N	%		
desligada separada conectada aglutinada	COESÃO 38,56±3,93	-34	21	20,60	COESÃO 37,48±4,79	...-32	7	23,30	0,21	0,89
		35-39	30	29,40		33-37	7	23,30		
		40-44	32	31,40		38-42	11	36,70		
		45-...	19	18,60		43-...	5	16,70		
rígida estruturada flexível caótica	ADAPT. 26,70±5,66	-20	18	17,60	ADAPT. 26,20±5,89	...-19	4	13,30	0,68	0,66
		21-27	33	32,40		20-26	10	33,30		
		28-34	34	33,30		27-32	13	43,30		
		34-...	17	16,70		33-...	3	10,00		

* Média ± desvio padrão

** intervalos categorizados de acordo com o modelo circumplexo.

Utilizando os critérios de classificação em grupos de risco já descritos na seção Material e Métodos (pág. 77), encontramos os seguintes resultados: no grupo B, da população, 39,20% das famílias foram classificadas no grupo de baixo risco, 48,00% no de risco moderado e 12,70% no de alto risco. A Tabela 10 mostra esses resultados comparados com os encontrados no estudo da amostra populacional de Olson e no das famílias de Bogotá, estudados por Córdoba. Não há diferença estatisticamente significativa entre os resultados dos estudos.

TABELA 10 Descrição da freqüência populacional por grupo de risco* na população do estudo em relação às populações de Olson e Córdoba.

	GRUPO DA POPULAÇÃO (B)	OLSON	CÓRDOBA	p
	n = 102	n = 1140	n = 203	
baixo risco	39,20%	48,70%	53,00%	0,149
risco moderado	48,00%	40,30%	39,00%	
alto risco	12,70%	11,00%	7,00%	

* classificação em grupos de risco utilizando o modelo circumplexo.

Ao estudar o grupo A, comparamos os escores do FACES III dos grupos de risco, segundo o modelo circumplexo, com os resultados da avaliação clínica. Novamente não encontramos uma concordância estatisticamente significativa, $K=0,07$ ($p=0,27$). (Tabela 11).

TABELA 11 Descrição dos resultados no grupo A do FACES III categorizado por grupo de risco em relação aos resultados da avaliação clínica

GRUPO A		
	CLASSIFICAÇÃO PELO MOD. CIRCUMPLEXO n = 31	CLASSIFICAÇÃO PELA AVALIAÇÃO CLÍNICA n = 31
baixo risco	43,30%	29,00%
risco moderado	50,00%	42,00%
alto risco	6,70%	29,00%

5.2.2.3. Sensibilidade e especificidade da coesão como teste diagnóstico

Utilizando o grupo A, comparamos os resultados da coesão, cuja medida linear se correlaciona positivamente com a avaliação clínica, sendo estatisticamente significativa, agora dividida por grupo de risco, para verificar sua utilidade como teste diagnóstico.

Para tornar viável a análise, recategorizamos a avaliação clínica do grupo A em apenas dois grupos: por um lado, o grupo de alto risco e, por outro, a soma dos grupos de baixo risco e risco moderado. Foi considerado grupo de alto risco quanto à coesão (risco coesão) aquele em que a coesão é igual ou menor que 32, conforme os achados deste estudo para o grupo A, como foi exposto na Tabela 12. Houve uma concordância baixa ($K=0,40$) entre os resultados da coesão na FACES III e a avaliação clínica.

Utilizando esses dados, calculamos a sensibilidade e a especificidade da coesão como teste diagnóstico. A sensibilidade da coesão para diferenciar o grupo de alto risco é de 56,00% nesta amostra, e a especificidade é de 90,00% (cálculo baseado na Tabela 12).

TABELA 12 Risco-coesão comparado com a avaliação clínica

RISCO COESÃO	GRUPO DE ALTO RISCO	GRUPO DE RISCO BAIXO E MODERADO
≤ 32	5	2
≥ 33	4	19

5.2.2.4. Comparação dos grupos de risco segundo o FACES III (modelo circunplexo) com dados demográficos nos grupos A e B

Para verificar se algum dos dados demográficos configura situação de risco, fizemos a correlação dos dados demográficos com os resultado do FACES III nos grupos A e B, categorizados quanto a risco segundo o modelo circunplexo.

As diversas comparações estão resumidas na Tabela 13.

TABELA 13 Descrição dos resultados da comparação dos resultados do FACES III (classificados em grupos de risco segundo o modelo circumplexo) com dados sócio-econômicos

		NÚMERO DE CASOS	COEFICIENTE DE CORREL.	p
ESCOLARIDADE *	PAI	131	Rs = 0,25	p = 0,005
	MÃE	131	Rs = 0,19	p = 0,025
RENDA *	PAI	128	Rs = 0,16	p = 0,068
	MÃE	127	Rs = 0,03	p = 0,74
SIT. CONJUGAL **	FAM	131	Rs = 0,18	p = 0,05
		132		p = 0,80
PRAT.RELIG.FAMILIA**		114		p = 0,84
MIGRAÇÃO	PAI ***	132		p = 0,46
	MÃE ***	132		p = 0,78
	FAM **	130		p = 0,03
CONTATO	PAI ***	128		p = 0,27
	MÃE ***	127		p = 0,59
	FAM **	129		p = 0,24
CLASSE SOCIAL &		30	Rs = - 0,22	p = 0,252

* coeficiente de correlação de Spearman

** teste Kruskal-Wallis

*** teste Mann-Whitney

& estudada só no grupo A

Foi significativa a correlação entre a escolaridade do pai e o risco para doença mental (Rs=0,25; p=0,005), assim como também a escolaridade da mãe (Rs=0,19; p=0,025). A renda familiar mostrou correlação estatisticamente significativa com o risco para transtornos psiquiátricos (Rs=0,18; p=0,05). Entretanto, todas as correlações apresentam valores baixos.

A situação conjugal, prática de religião pela família, migração individual e contato com a família de origem não mostraram correlação estatisticamente significativa com o risco para transtornos psiquiátricos nas famílias desta amostra. A migração familiar apresentou correlação estatisticamente significativa. A classe social, categorizada segundo a classificação do MARPLAN, que como já foi exposto, só pode ser estudada no

grupo A, também não mostrou correlação estatisticamente significativa com o risco para distúrbio mental.

5.2.2.5. Comparação entre as diferenças dos valores da coesão e adaptabilidade do casal

Para verificar a hipótese de que a diferença entre os valores da coesão do casal e a diferença entre os valores da adaptabilidade do casal, poderiam estar positivamente relacionadas com maior risco, fizemos uma comparação entre as médias das diferenças nos três grupos de risco, usando o teste de Kruskal-Wallis. Na comparação entre as diferenças da coesão no casal, encontramos $p=0,057$, o qual é muito próximo do ponto de corte utilizado para significância estatística. A diferença aparece quando comparamos o grupo de baixo risco com os grupos de risco moderado e alto. A comparação das diferenças do casal quanto à adaptabilidade não mostra diferença estatisticamente significativa entre os grupos (Tabela 14).

TABELA 14 Diferença na coesão do casal: comparação entre os grupos

	BAIXO RISCO n = 8	RISCO MODERADO n = 13	ALTO RISCO n = 9	p
diferença na coesão do casal	mediana=1,50 mín = 0 máx = 6	mediana=5,00 mín = 1 máx = 9	mediana=4,00 mín = 1 máx = 16	0,057
diferença na adaptab. do casal	mediana=2,50 mín = 0 máx = 7	mediana=5,00 mín = 1 máx = 11	mediana=5,00 mín = 2 máx = 7	0,295

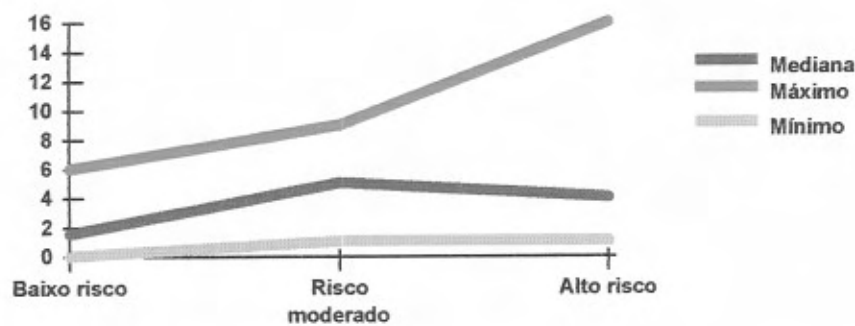


FIGURA 14 Amplitude da diferença e mediana do valor da coesão do casal nos diferentes grupos estudados

5.2.2.6. Distância do centro (DDC)

Este escore foi desenvolvido para cada indivíduo, para o casal e para a família. Em nosso estudo analisamos apenas a DDC da família (DDC-F) que é dada pela seguinte equação, conforme já foi descrito na seção Material e Métodos:

$$DC-F = \sqrt{(\text{coes. F méd.}-37,8)^2 + (\text{adapt.F méd.}-24,3)^2}$$

Inicialmente fizemos uma correlação dos valores da distância do centro nos diferentes grupos de risco do grupo A e obtivemos $R_s = 0,45$ ($p=0,013$). Em seguida fizemos uma análise de variância nos grupos A e B que também foi significativa no grupo A ($p<0,0001$) e no grupo B ($p<0,0001$). Todos os grupos diferiram entre si, demonstrando que quanto maior o risco para distúrbio psiquiátrico maior é a DDC-F (Tabela 15).

TABELA 15 Descrição da distância do centro - familiar nos grupos A e B

	GRUPO DE BAIXO RISCO (1)**	GRUPO DE RISCO MODERADO (2)**	GRUPO DE ALTO RISCO (3) **	p
Grupo A*	3,49±1,19	8,20±2,64	12,03±2,38	0,000
Grupo B*	2,74±1,14	7,29±2,20	10,77±2,45	0,000

* média ± desvio padrão

** teste de Duncan: 1 ≠ 2 ≠ 3

5.2.2.7. Confiabilidade das respostas dos sujeitos ao FACES III

Na tentativa de testar a confiabilidade interna da escala FACES III, correlacionamos, usando o coeficiente de correlação de Spearman, as perguntas que nos pareciam requerer respostas semelhantes.

As perguntas 8 (Em nossa família mudamos a forma de executar tarefas domésticas), 16 (Em nossa família fazemos rodízio das responsabilidades domésticas) e 20 (É difícil dizer quem faz cada tarefa doméstica em nossa casa), todas testando a adaptabilidade, pareceram-nos requerer respostas semelhantes. O índice de correlação foi

significativamente positivo, mas pequeno. A correlação da pergunta 16 com a pergunta 18 teve como resultado um $R_s=0,46$ com $p=0,000$; a correlação da pergunta 20 com a pergunta 8 resultou num $R_s =0,25$ com $p=0,003$ e a correlação da pergunta 16 com a pergunta 20 num $R_s =0,20$ com $p=0,019$.

A pergunta 4 (Os filhos expressam sua opinião quanto à disciplina) pareceu-nos requerer resposta semelhante à pergunta 10 (Pais e filhos discutem juntos os castigos), ambas também testando a adaptabilidade familiar. O índice de correlação foi baixo, mas significativo com $R_s =0,26$ e $p=0,003$.

5.2.2.8. Comparação entre perguntas do FACES III e do BT

A estrutura e as pressuposições dos dois questionários são muito diferentes. O FACES III é auto-respondido, o BT é respondido pelo clínico. Mesmo assim tentamos correlacionar duas duplas de perguntas que poderiam ter respostas correlacionadas e invertidas. Usamos o teste de Spearman para a correlação.

Pensamos que a pergunta 12 do FACES III (Os filhos tomam as decisões em nossa família) poderia ser inversamente correlacionada com a pergunta 2 do BT (Coalizões parentais, que vão desde o normal esperado, em que a coalizão parental é forte, ao patológico, em que a coalizão principal é entre um dos pais e um filho). Não apareceu correlação estatisticamente significativa.

Da mesma forma avaliamos a pergunta 11 do FACES III (Os membros da família se sentem muito próximos uns dos outros) que parece correlacionar-se com a pergunta 3 do BT (intimidade, que vai do normal esperado, em que há intimidade com limites individuais bem distintos até o patológico, em que os limites entre os indivíduos são amorfos e indistintos). Não apareceu correlação estatisticamente significativa.

5.2.3. ESTUDO DA ESCALA BT

ESTUDO DA CONSISTÊNCIA INTERNA DAS RESPOSTAS À ESCALA BT

Para verificar a consistência entre as respostas aos diferentes itens e a nota global, usamos o teste de Pearson para fazer a correlação entre a soma dos escores parciais e a nota global da escala BT. O índice de correlação foi alto: $R = 0,85$ ($p = 0,000$)

6. DISCUSSÃO

6. DISCUSSÃO

6.1. A ESCOLHA DO OBJETIVO DE PESQUISA

A possibilidade de encontrar um questionário auto-respondido, capaz de diagnosticar se o funcionamento de uma família é adequado para seu desenvolvimento continuado, que seja suficientemente simples para ser usado em cuidados primários, é um sonho que merece ser sonhado.

Embora isso ainda não seja universalmente aceito, nem mesmo na área da Psiquiatria, é cada vez mais evidente a relação entre a qualidade do relacionamento familiar e o surgimento, o desenvolvimento e a resolução de problemas físicos, psicológicos e sociais.

Seria muito útil, portanto, encontrar um instrumento que pudesse ser utilizado para a identificação de características nas relações familiares que contribuem para a eclosão de problemas ou complicam o seu tratamento. Esse instrumento serviria como triagem, tanto na prevenção primária, como secundária e terciária, em Medicina Geral e em Psiquiatria.

A busca desse instrumento foi a motivação inicial deste estudo.

Entretanto, essa busca é difícil devido à complexidade do fenômeno em estudo. Além de visar-se a medição de uma resposta subjetiva a um evento abstrato, a relação familiar, para que essa reflita o conjunto da família é necessário acessar as respostas dos vários membros da família e tentar entender como elas se articulam entre si.

Possivelmente essa é uma demanda exageradamente grande para um único conjunto de perguntas cujas respostas possam ser estatisticamente avaliadas.

Entretanto, a literatura indicava que o FACES III poderia ser o instrumento que apresentava estas características: composto de apenas vinte perguntas, de fácil compreensão, respondido por todos os membros da família e de fácil análise. Talvez uma das dificuldades que poderia haver para sua aceitação pelas equipes de saúde é que as perguntas não parecem à primeira vista relevantes em relação aos problemas trazidos pelos pacientes, em especial às questões ligadas a doenças físicas, já que avaliam áreas do relacionamento familiar não diretamente ligadas à manutenção da saúde. Entretanto, vários estudos pareciam provar uma associação significativa entre os achados e problemas de saúde, inclusive de problemas orgânicos.

Decidimos então testar o questionário FACES II no nosso meio.

Por outro lado, também estava claro, na revisão da literatura brasileira dessa área, que a discussão sobre diagnóstico familiar apenas se iniciava e que carecemos de instrumentos de registro e classificação da estrutura e funcionamento familiar, validados

em nosso meio, que sejam úteis e de fácil uso pelos clínicos e que também nos permitam comparar nossa experiência com as pesquisas internacionais.

Com esse fim resolvemos validar as escalas BT e GARF. A escala BT, porque já a usávamos há algum tempo e sempre se mostrava útil na prática. Quanto à escala GARF, o conhecimento de que começava a ser testada para uso universal nos Estados Unidos e sua posterior inclusão no DSM-IV nos estimularam a testá-la, já que demonstrava ser um instrumento simples e que satisfazia as necessidades da clínica.

6.2. METODOLOGIA

A metodologia da **tradução** do FACES III foi criteriosa e bem elaborada. O treinamento do grupo, na **aplicação** do instrumento, foi cuidadoso. O exame da qualidade do preenchimento foi feito em reuniões de grupo em que revisamos cada questionário. Também foi cuidadosa a revisão do banco de dados no programa Dbase, através de conferência individual dos dados digitados.

O **delineamento** do estudo foi feito nos moldes dos trabalhos que produziram o instrumento nos EEUU. Escolhemos uma população demograficamente heterogênea, mas homogênea em termos de composição da família, saúde física e mental, medida por critérios de ausência de doença e problemas com a lei.

Os resultados iniciais do estudo pareciam coerentes com o esperado para a população estudada, mostrando uma variabilidade de respostas que indicaria que o

FACES III é um instrumento sensível. Além disso, verificaram-se semelhanças com os estudos americano e colombiano. À primeira vista o instrumento estaria, pois, validado.

Entretanto, ao revisar a metodologia do estudo com mais rigor, percebemos que faltava a comparação com um padrão-ouro, para que realmente pudéssemos acessar a validade do questionário.

Era impossível, naquele momento, voltar a entrevistar as famílias já estudadas. Escolhemos, então, estudar um novo grupo, também heterogêneo do ponto de vista demográfico, mas homogêneo quanto à composição da família, ausência de doenças físicas e problemas legais, no qual havia famílias sem e outras com problemas psiquiátricos.

Decidimos, então, também sistematizar o estudo concomitante de duas outras escalas, a escala BT e a escala GARF. Essas são preenchidas pelo técnico e têm uma finalidade diferente, mas também necessária: ambas visam sistematizar a observação e o registro do diagnóstico do funcionamento da família.

O valor deste estudo é que, ao que sabemos, é pioneiro no Brasil. Não há registro, na literatura brasileira de Psiquiatria e Psicologia, da validação de nenhuma escala diagnóstica de funcionamento familiar descrita na literatura internacional, seja auto-respondida ou respondida por um examinador. Um instrumento desse tipo permitirá comparar estudos de pesquisa realizados em nosso país com os de outros locais. O trabalho original da brasileira Dra. Terezinha Carneiro, descrito na revisão bibliográfica, é de outra ordem: trata-se da validação de uma entrevista diagnóstica padronizada que ela idealizou, ao final da qual o examinador preenche uma escala para registrar os eventos

observados, resultando daí um diagnóstico familiar. Seu grande valor é sua adequação à nossa realidade, mas a comparação com estudos da literatura internacional é mais indireta.

Quanto aos problemas do delineamento do estudo, realizado cronologicamente em segundo lugar, mas que, nesta dissertação, tem o nome de grupo A, por ser o grupo com o qual fizemos o estudo de validação propriamente dito, temos algumas considerações a fazer:

- **tradução:** a tradução das escalas BT e GARF foi feita com muito cuidado conforme está descrito na sessão Material e Métodos.

- **amostragem:** a amostra incluiu casos que foram encaminhados a nosso serviço para avaliação da família e que preenchiam os critérios de inclusão. As fontes de encaminhamento foram o Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, ou as clínicas particulares da autora e sua colaboradora, quando as famílias vinham com problemas psiquiátricos, e da rede de relações de amizade do grupo de alunos do serviço, quando não apresentavam problemas psiquiátricos. Foi bastante difícil e demorado reunir a amostra devido ao nosso rigor em respeitar os critérios de inclusão.

- **critérios de inclusão:** a inclusão apenas de famílias com pai e mãe morando na mesma casa (de primeiro matrimônio ou famílias reconstituídas), limita as possibilidades de generalização dos achados, já que sabemos que vem sendo cada vez menos freqüente essa composição familiar. Um estudo da composição das famílias de estudantes de primeiro grau de um curso noturno, num bairro de Porto Alegre, mostrou que só 56,30%

apresentam essa configuração, ao mesmo tempo que cresce o número de divórcios em todas as classes sociais.

Por outro lado, o fato de excluirmos famílias do grupo B, com evidências de problemas nas áreas da saúde física, mental e com a lei, com o objetivo de poder comparar nossos resultados com os de Olson, torna surpreendentes os achados de uma proporção tão alta de famílias nos grupos de risco moderado (48,00%) e alto (12,70%), já que as estimativas de problemas de saúde mental para a população em geral variam entre dez e vinte por cento na literatura internacional (92). Entretanto, o estudo multicêntrico de morbidade neurológica e psiquiátrica (15), realizado em áreas urbanas brasileiras, em parceria com a OMS, utilizando o QMPA e o IS-DSM-III, estimou a morbidade psiquiátrica em 42,70% da população de Porto Alegre (quando excluída a dependência ao tabaco).

Também um estudo populacional, realizado pelo Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre (47), verificou que, em 1,5% a 2% dos domicílios, pelo menos uma pessoa foi hospitalizada por problema psiquiátrico no último ano, o que corresponde a 0,5 a 0,8% das pessoas na faixa etária entre quinze e sessenta e quatro anos.

Esses achados nos fazem refletir a respeito dos fatores de resiliência do indivíduo na família, já que, mesmo considerando o dado de 42,70% (excluindo o tabagismo) dos indivíduos tendo problemas psiquiátricos, esse valor parece bem menor que nossos achados de 60,70% de famílias com risco moderado e alto.

É necessário frisar, entretanto, que nossos dados de risco foram calculados, analisando os resultados do FACES III segundo o modelo circumplexo de Olson e que nossos resultados questionam, justamente, a adequação do instrumento para esse fim.

- **examinadores:** idealmente pensamos que as famílias deveriam ser estudadas por dois examinadores e que os resultados deveriam ser a resultante dessas observações. Dificuldades objetivas de contar com dois profissionais treinados que dispusessem do tempo requerido impediram-nos de seguir esse delineamento. Também levamos em consideração o fato de que estudo anterior em que foi examinada uma parte das famílias da amostra pela autora e sua colaboradora, demonstrou uma correlação de noventa e oito por cento nos resultados das observações, usando o BT e o GARF como registro do diagnóstico. Utilizando esse mesmo critério, pareceu-nos adequado incluir no estudo três famílias que foram entrevistadas apenas pela colaboradora.

- **número de famílias da amostra:** esse é pequeno no grupo A pelas razões já apontadas e a disponibilidade real de tempo para a pesquisa, mas com esse número já observamos tendências estatísticas que tenderiam a se manter com uma população maior. Entretanto, o número pequeno de sujeitos não nos permitiu poder estatístico para estudar os diferentes subgrupos das características sócio-econômicas.

- **aplicação dos questionários:** o grupo B não foi submetido à entrevista clínica, o que aconteceu com o grupo A. Apesar de não termos como avaliar objetivamente os efeitos dessa diferença de tratamento dos grupos nas respostas ao FACES III, não nos parece ter tido impacto muito significativo nas respostas, porque não aparecem diferenças significativas entre os resultados do FACES III nos grupos A e B.

- quanto ao fato de termos deixado os questionários em algumas casas em que não estavam presentes todos os familiares, é possível que, em parte dos casos, tenham ocorrido comentários entre eles. Como o sigilo era muito enfatizado pensamos que não deve ter sido um comportamento muito freqüente.

- outra preocupação que tivemos foi quanto à **responsabilidade ética** junto às famílias, no que se refere à reação que as entrevistas poderiam despertar. Acompanhamos, através dos colegas encaminhadores, as suas reações e não observamos nenhuma resposta negativa. As respostas que nos chegaram foram de que as famílias se sentiram úteis à pesquisa e muitas vezes disseram ter sido ajudadas pelas entrevistas.

- quanto à possibilidade de **generalizar os achados**, parece-nos que isso é possível ser feito para uma população que tenha as mesmas características desta amostra, ou seja, se não apresenta doenças orgânicas, psicossomáticas ou problemas com a lei. Deve ser possível generalizar os achados para todos os níveis sócio-econômicos e populações com características demográficas heterogêneas, como é o caso nesta amostra.

- **poder do estudo**: no que se refere ao estudo de validação do FACES III, do questionário BT e do GARF comparados com a avaliação clínica, o poder do estudo revelou-se bom (entre menor que 0,80 e maior que 0,95). O mesmo ocorreu com o estudo de correlação avaliando o modelo circumplexo do FACES III, no que se refere à distância do centro (maior que 0,80).

6.3. INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.3.1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Como era esperado, nossos dados demográficos não são semelhantes aos da população brasileira média, já que se trata de uma amostra com critérios de seleção muito estritos. A amostra consta de famílias nucleares completas ou reconstituídas há mais de cinco anos, em que parte delas não tem problemas psiquiátricos ou psicossomáticos, na qual todos os casos não têm problemas clínicos graves e problemas com a lei. Todos os resultados são congruentes e bastante representativos: a amostra abrange todas as idades, classes sociais, profissões, faixas de renda, escolaridade e formas de prática religiosa, famílias em que houve migração e outras em que não houve. Há famílias com e sem união legal do casal, em todas as fases do ciclo vital da família.

É interessante o achado de que o número de filhos corresponde aproximadamente ao que ocorre na população urbana brasileira em geral, hoje. Chama a atenção o fato de as famílias de alto risco terem um maior número de filhos que o resto da amostra, mas a diferença não é estatisticamente significativa, talvez em decorrência do pequeno tamanho da amostra. O achado parece dever-se ao fato dos pais desse grupo serem mais velhos.

É muito grande o número de pais com grau universitário nesta amostra. Se examinarmos esse dado em conjunto com as fases do ciclo vital da família, veremos que, no nosso grupo da população, é surpreendentemente alto o número de famílias com filhos

adultos que ainda moram em casa, levando-nos a pensar que os achados devem estar relacionados com a localização do bairro estudado próximo à Universidade. Muitas famílias o escolhem para facilitar o acesso dos filhos àquela instituição, já que, em nossa sociedade, freqüentemente os filhos ficam morando com os pais até terminar o terceiro grau, o que é determinado por e também contribui para a tendência de agregação que mostram as famílias brasileiras e que esta pesquisa também revela.

Nesta amostra não aparecem diferenças significativas entre a escolaridade de homens e mulheres, o que ainda não acontece universalmente em nossa sociedade. O grupo de baixo risco é o único deste estudo em que as mulheres parecem ter maior escolaridade que os homens.

No estudo da correlação da escolaridade com os grupos de risco (usando o modelo circunflexo) foi significativa, ainda que baixa, a correlação entre saúde mental e escolaridade do pai e da mãe, o que é um achado freqüente em outras áreas da saúde.

Chama a atenção o amplo espectro de variação de renda, com diferenças muito acentuadas, achado semelhante ao que ocorre na sociedade brasileira em geral. A renda das mulheres é menor (como ocorre na sociedade em geral), a não ser no grupo de baixo risco, o que nos levaria a pensar que as famílias funcionam melhor se as mães são mais bem remuneradas, mas o grupo estudado é pequeno para que possamos fazer inferências a partir desse resultado.

Apareceu uma correlação baixa mas estatisticamente significativa entre renda familiar e risco para doença mental, o que está de acordo com os achados da literatura.

Em relação à categoria profissional, não parece haver diferenças significativas entre os grupos. As mulheres são as únicas a declararem-se “do lar” e aparecem em maior número entre os funcionários públicos devido ao grande número de professoras na amostra.

Quanto à classe social, só pudemos classificar o grupo A, por não termos coletado o conjunto de dados necessários no grupo B. Utilizamos os critérios de escolaridade e itens de conforto doméstico do MARPLAN, servindo-nos dos dados de qualquer um dos pais, sempre aquele com maior grau de escolaridade. Não observamos diferenças significativas entre os grupos, mas é possível que isso se deva ao pequeno tamanho do grupo de famílias.

Quanto à religião, é maior a presença de católicos, sendo que a maioria declara ter religião, mas não a pratica. Observa-se maior proporção de pais praticantes no grupo de alto risco, porém o grupo é muito pequeno, tornando os resultados das comparações bastante instáveis e pouco confiáveis.

Investigamos a migração e o contato com a família de origem, já que se sabe que esses dois fatores podem estar ligados ao funcionamento familiar (12,34,111). Nossos achados sugerem uma correlação positiva entre risco para problemas psiquiátricos e migração familiar recente, confirmando informações da literatura que, entretanto

apresenta controvérsias sobre os efeitos da migração na saúde mental. Nossa amostra e o valor da correlação são pequenos para fazer maiores inferências.

Quanto ao contato familiar com as famílias de origem, a análise é difícil porque 100% das famílias de baixo risco e risco moderado mantêm contato, enquanto que isso ocorre em 87,5% das famílias de alto risco. É isso uma tendência a valorizar? O número de famílias da amostra é muito pequeno para sermos conclusivos. É interessante assinalar a evidência de que a esmagadora maioria das famílias mantém contato com as famílias de origem, o que parece evidenciar, na amostra, uma tendência semelhante às famílias brasileiras em geral, que procuram manter os laços familiares, mesmo quando há migração.

Quanto à situação conjugal, não apareceram famílias reconstituídas no grupo de baixo risco. Como houve mais famílias reconstituídas no grupo de risco moderado que no de alto risco, não parece que esse achado tenha relação com o risco para problemas psiquiátricos. Cabe, também, novamente enfatizar que a amostra é pequena para tirar conclusões definitivas.

Não apareceu correlação significativa entre risco e anos de união ou fase da vida familiar, apesar de aparecer uma tendência dos adolescentes e filhos adultos morando na casa a considerarem menor a coesão familiar. Isso coincide com o esperado, mas nossa amostra é muito pequena para tirarmos qualquer conclusão.

6.3.2. ESCALAS BT E GARF

Como era esperado, foi muito significativa a correlação entre as notas da avaliação do funcionamento familiar dadas pelas escalas BT e GARF entre si e com a avaliação clínica. Cabe aqui sublinhar que, nesse particular, o preenchimento das escalas pela mesma examinadora que fez a entrevista clínica é, sem dúvida, um viés favorável a considerar. A favor desses resultados estão os achados de um estudo anterior semelhante, realizado pela autora (já mencionado como o estudo do qual sua colaboradora fez parte), em que três grupos diferentes aprenderam a aplicar as escalas BT e GARF e alcançaram alta correlação com o padrão-ouro (residentes em Psiquiatria 0,97, pediatras 0,98 e outros profissionais da saúde 0,71).

A escala BT itemiza várias características do funcionamento familiar, organizadas ao redor das dimensões estrutura, autonomia e afeto, facilitando ao avaliador a lembrança do que avaliar.

A escala GARF dá uma nota global, após uma exposição resumida do nível de funcionamento da família, de fácil compreensão pelo avaliador.

Ambas as escalas podem ser utilizadas em conjunto ou isoladamente. A escala BT, na nossa experiência, pareceu mais interessante no treinamento de pessoal a respeito da dinâmica e diagnóstico familiar e no seu registro, enquanto que a GARF é mais simples e seu uso pode ser mais adequado em cuidados primários ou nos prontuários em Medicina Geral e em Psiquiatria (em que já é parte do apêndice do DSM-IV). Ambas

também podem ser úteis para a avaliação dos resultados do tratamento, quando são preenchidos no início e no final do tratamento.

Fizemos também uma verificação da confiabilidade interna da escala BT, comparando a soma das sub-escalas com a nota global, obtendo uma correlação alta.

6.3.3. COMPORTAMENTO DA ESCALA FACES III

Por ser uma escala auto-respondida de apenas 20 perguntas, pensamos que a FACES III poderia tornar-se muito útil na identificação de casos de risco, em cuidados primários. Essa esperança surgiu das numerosas pesquisas publicadas, utilizando esse instrumento. Infelizmente isso não se confirmou nesta pesquisa.

A escala provou ser compreensível para pessoas acima de 12 anos, com baixa escolaridade, inclusive analfabetos. O tempo de resposta é rápido, variando entre 10 e 20 minutos.

Só a coesão familiar, quando estudada como medida linear e não utilizando a análise segundo o modelo circumplexo, demonstrou correlação positiva e estatisticamente significativa ($R=0,40$, $p=0,003$) com a avaliação clínica. O valor da correlação, entretanto, é muito baixo para que essa medida possa ser útil na prática, já que, para ser significativo, o R deveria ser maior que 0,80 (115). A adaptabilidade não apresentou correlação estatisticamente significativa.

Tentamos encontrar uma maneira de categorizar em grupos de risco o valor da coesão, já que o valor linear dessa mostrou correlação estatisticamente significativa com o padrão-ouro, mas não conseguimos definir critérios para fazê-lo.

Apesar do achado pouco encorajador já descrito, decidimos continuar a análise do FACES III, utilizando o modelo circumplexo apenas para comparar nossos achados com aqueles publicados na literatura (Tabela 16). O resultado do valor médio da coesão e da adaptabilidade em nosso grupo da população é estatisticamente semelhante ao de Córdoba, na Colômbia, mas ambos são estatisticamente diferentes dos valores do estudo americano de Olson. Esses resultados são coerentes com as maiores semelhanças culturais e de organização familiar entre populações latino-americanas.

TABELA 16 Descrição da comparação dos achados de Olson, Córdoba e do grupo B deste estudo

CLASSIFI- CAÇÃO	OLSON (1) n=1140			CORDOBA (2) n=203			GRUPO B (3) n=102			p
	Inter- valo	%	média ± DP	Inter- valo	%	média ± DP	Inter- valo	%	média ± DP	
DESLIGADA	10-34	16,30		10-30	13,20		- 34	20,60		0,003
SEPARADA	35-40	33,80	Coesão	31-37	25,10	Coesão	35-39	29,40	Coesão	
CONECTADA	41-45	36,30	39,80± 5,40	38-44	39,10	38,55± 7,13	40-44	31,40	38,56± 3,93	
AGLUTINADA	46-50	13,60		45-50	22,60		45-	18,60		
RÍGIDA	10-19	16,30		10-20	16,30		- 20	17,60		0,000
ESTRUTURADA	20-24	38,30	Adaptabil.	21-27	34,20	Adaptabil.	21-27	32,40	Adaptabil.	
FLEXÍVEL	25-28	24,40	24,10± 4,70	28-34	31,40	27,77± 7,44	28-34	33,30	26,70± 5,66	
CAÓTICA	29-50	16,00		35-30	18,10		34-	16,70		

teste DMS (1) ≠ (2) e (3)

Utilizando o modelo circumplexo, também definimos aquele que seria o valor de risco para a coesão como sendo menor ou igual que 32 para a amostra A. Com esse dado calculamos a sensibilidade e a especificidade que o valor da coesão do FACES III teria, se viesse a ser usado como teste diagnóstico. Para esse fim tivemos que usar o expediente de juntar em um só grupo os casos de baixo risco e risco moderado, ao compará-los com os de alto risco, para aumentar o poder da comparação, já que o número total de casos era pequeno. Obtivemos uma sensibilidade de 56% e uma especificidade de 90%. Esse valor da sensibilidade é muito baixo para uso em cuidados primários como “screening”. É preciso levar em conta, no entanto, que esses resultados são baseados numa amostra pequena, devendo, portanto, ser interpretados com cautela.

Não fizemos o mesmo estudo para a adaptabilidade, porque essa não demonstrou correlação significativa com a avaliação clínica.

A correlação linear da dimensão coesão, com a avaliação clínica ($R=0,40$, $p=0,003$) mais a baixa concordância ($K=0,07$) entre a avaliação clínica e os grupos de risco segundo o modelo circumplexo no grupo A, forçaram-nos a concluir que o FACES III é um instrumento que não traduz o modelo circumplexo. Concluímos, portanto, que devemos abandonar o uso combinado da coesão e adaptabilidade do FACES III. Nossos resultados também indicam que mesmo o valor linear da coesão, apesar de correlacionar-se positivamente e com significância estatística com a avaliação clínica, não parece um dado clinicamente útil, porque a correlação é muito baixa.

Esses são achados congruentes com os últimos artigos publicados de crítica ao FACES III (3,20,27,45,46,88,121), inclusive do próprio Olson, o criador da escala (81,82,83).

Por outro lado, o FACES III, apesar de medir de maneira relativamente adequada a coesão, não avalia concomitantemente o grau de autonomia individual. Sabe-se que muita coesão associada a muita autonomia promove a saúde mental, entretanto muita coesão sem autonomia produz sistemas aglutinados (centrípetos, simbióticos) associados com disfunção. Essa carência do instrumento pode ser responsável pelo índice de correlação significativo, mas fraco com a avaliação clínica ($R=0,40$, $p=0,003$).

Nossos resultados também sugeriram, com uma significância limítrofe, a tendência a haver maior risco para disfunção nas famílias em que a diferença entre a avaliação da coesão pelo pai e mãe são muito diferentes. Essa tendência fica mais evidente, ao observarmos que a amplitude das diferenças entre o casal se torna maior à medida que aumenta o grau de patologia. Esses são achados compatíveis com a experiência clínica e com a maioria da literatura, exceto Hampson (48), que diz que quanto mais saudáveis são as famílias maiores as diferenças entre seus membros.

A medida da discrepância nos valores do casal também mostrou correlação significativa, mas baixa com a avaliação clínica. Também a “distância do centro-familiar”, medida linear, mas decorrente do modelo circumplexo, mostrou correlação significativa, mas baixa, com a avaliação clínica.

Procuramos também avaliar a consistência interna do FACES III, encontrando correlações positivas, ainda que baixas. Um fator de possível confusão na escala é a correlação baixa, mas significativa, entre um item de adaptabilidade (pergunta 6) e outro de coesão (pergunta 17). Esse achado reforça ainda mais a idéia de abandonar os itens relacionados com a adaptabilidade, passando a utilizar, se for o caso, apenas as dez perguntas de número ímpar, correspondentes à coesão.

As medidas de associação de fatores demográficos e de estrutura familiar com risco para doença mental, usando a classificação do modelo circumplexo, mostraram associação significativa, ainda que muito baixa, para poderem ser efetivamente valorizada, entre risco e renda familiar, escolaridade do pai e da mãe e migração familiar. Esses são resultados compatíveis com os da literatura, que mostram que há maiores problemas em famílias migrantes, com baixa escolaridade e baixa renda.

Outras variáveis (situação conjugal, prática religiosa, migração individual do pai e mãe, contato individual do pai e mãe com sua família de origem e o contato da família como um todo) não revelaram associação significativa com o risco familiar para doença mental. Vale aqui salientar que no estudo em que comparamos os grupos de risco do grupo A, classificados segundo a avaliação clínica, a prática religiosa da família, a migração familiar, o contato com a família de origem e a situação conjugal, mostraram tendências de associação com risco para doença mental, como já foi anteriormente descrito.

Todos esses achados que, além de congruentes com o que a clínica mostra, são semelhantes aos encontrados na literatura, tornam-se um pouco desorientadores. Eles parecem indicar que a análise do FACES III, segundo o modelo circumplexo, é relevante e consistente. Entretanto, isso contradiz os achados fundamentais de nossa pesquisa segundo os quais o FACES III não seria uma escala adequada para traduzir o modelo circumplexo, conclusão semelhante à de outros estudos (3).

Por outro lado, ao tentar estudar as possíveis semelhanças entre as escalas, comparamos os resultados de perguntas do FACES III com itens da BT que pareciam ter semelhança. O resultados não foram significativos. Esse achado é semelhante aos da literatura (10,107). Os modelos teóricos diversos, os métodos de aferição (auto-responderido x responderido pelo observador), o contexto da colheita e outras são diferenças que explicam a falta de correlação.

Baseados nesses achados, concluímos que a escala de coesão do FACES III não pode ser utilizada como instrumento de triagem para famílias de alto risco, já que é um instrumento limitado. É necessário idealizar escalas melhor construídas.

Os estudiosos se dividem entre aqueles que gostariam de encontrar um instrumento que seja ponte entre modelos (39,45,56,57,79) e outros que pensam que é enriquecedor ter avaliações diferentes resultantes de modelos diferentes (48).

Pensamos como Olson e Green, que se associaram e continuam a buscar uma escala que seja ponte entre teorias. Eles estão criando o FACES-IV, um instrumento que será publicado em breve, tentando corrigir as falhas do FACES III. Essa é uma busca relevante, já que as bases teóricas do modelo circumplexo são muito coerentes com a clínica. O que nossos resultados sugerem, assim como os artigos encontrados na literatura, é que ainda não foi idealizado um instrumento capaz de medir adequadamente as complexidades da dinâmica familiar.

7. CONCLUSÕES

7. CONCLUSÕES

1) A escala FACES III não é um instrumento capaz de traduzir, na prática, as complexidades teóricas do modelo circumplexo. A coesão comporta-se linearmente, demonstrando correlação positiva e significativa, ainda que fraca, com a saúde mental da família. A adaptabilidade não mostra correlação significativa.

Mesmo levando em consideração os resultados acima, fomos adiante na análise do FACES III segundo o modelo circumplexo, apenas para fins de comparação com os resultados encontrados na literatura. De fato, encontramos resultados semelhantes e que guardam uma coerência interna. Os resultados da aplicação da subescala de coesão, categorizados por risco segundo o modelo circumplexo (considerando de alto risco o grupo com coesão menor que 32), mostraram diferença significativa do grupo de alto risco em relação aos grupos de risco baixo e moderado, esses estudados como um grupo único. A sensibilidade do teste é de 56% e a especificidade de 90%. O valor da sensibilidade parece baixo para um teste de triagem.

Concluindo, não nos parece que o FACES III seja um instrumento adequado para triagem de famílias de alto risco em cuidados primários.

2) A escala Beavers-Timberlawn demonstrou ser adequada para a formulação e registro do diagnóstico familiar. Uma verificação da consistência interna da escala mostrou alta correlação entre as respostas.

3) A escala GARF demonstrou ser útil na classificação do diagnóstico familiar.

4) A correlação entre os resultados do BT e do GARF foi alta.

5) Os seguintes fatores possivelmente estão associados com problemas de saúde mental: renda familiar, escolaridade dos pais, prática de religião, migração familiar, famílias reconstituídas, contato com a família de origem

6) Há outros achados em relação ao FACES III, analisado segundo o modelo circunflexo, que coincidem com a literatura:

- o risco está relacionado com a renda familiar, a escolaridade do pai e da mãe e a migração familiar;

- a amplitude da diferença entre a coesão do pai e a coesão da mãe aumenta à medida que aumenta o risco;

- a distância do centro-familiar aumenta à medida que aumenta o risco da família para distúrbio psiquiátrico;

- a confiabilidade interna do FACES III foi positiva, mas baixa;

- tentativas de correlacionar perguntas que poderiam ser interpretadas de maneira semelhante no FACES III e BT foram infrutíferas.

8. IMPLICAÇÕES FUTURAS

8. IMPLICAÇÕES FUTURAS

Consideramos importante continuar a busca de um instrumento simples de diagnóstico familiar que sirva como triagem a nível da populacional, tendo em vista as implicações na saúde resultantes das relações familiares. É importante que os instrumentos sejam de valor intercultural, de modo a poder fazer estudos comparativos e aproveitar a experiência internacional.

Por outro lado, concordamos com os achados da literatura de que o diagnóstico das relações familiares é muito complexo e exige múltiplas medidas para sua avaliação.

Portanto, pode ser mais factível treinar os técnicos da saúde na realização de entrevistas semi-estruturadas focadas no levantamento dos recursos de saúde da família, utilizando um instrumento padronizado apenas para registrar os resultados encontrados de forma simplificada. Para esse fim, o GARF é um questionário muito adequado. A escala BT é um instrumento muito útil para especificar o nível de funcionamento da família em suas várias dimensões.

Por último, gostaríamos de enfatizar a importância de introduzir sistematicamente na prática da Medicina Geral e da Psiquiatria Geral o envolvimento da família como grupo nos cuidados da saúde de seus membros. A participação da família desde o momento da busca de ajuda pode facilitar o diagnóstico precoce e a intervenção eficaz e continuada no tempo, prevenindo cronificação e novas doenças.

É necessário o desenvolvimento de pesquisas destinadas a testar essas afirmações.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. ABREU, P. e col. - **Distúrbio emocional em adolescentes e sua relação com disfunção familiar: estudos em rede escolar pública de Porto Alegre.** Rev. de Psiquiatria do RS. 1991;13:83-91.
02. AHRONS, C.R. - **O bom divórcio.** Ed. Objetiva Ltda. Rio de Janeiro, 1995:362.
03. ANDERSON, S.; GAVAZZI, S. - **A test of the Olson Circumplex Model: examining it's curvilinear assumption and the presence of extreme types.** Family Process.1990;29:309-324.
04. BEAVERS, W.R. - **Healthy, midrange and severely dysfunctional families.** In: Wash, F. (Ed): Normal Family Processes. N. York: The Guilford Press, 1982:45-66.
05. BEAVERS, W. R. ; HAMPSON, R. - **Successful families - assessment and intervention.** N.York: Norton, 1990.
06. BEN DAVID, A.; JUNICH, J. - **A test of adaptability: examining the curvilinear assumption.** Journal of Family Psychology. Haifa, 1993;7:370-375.
07. BERGMAN, D. e col. - **Avaliação e diagnóstico em psiquiatria infantil: uma tentativa de integração teórico-prática.** Rev. de Psiquiatria do RS. 1995;17: 230-242.
08. BERTALANFFY, L. - **General systems theory: foundation, developments, aplicacions.** New York: Braziller, 1968.
09. BHUSHAN, R. - **A study of adolescent identity achievement as related to family functioning variables.** Psychological Studies. India, 1993;38:1-6.
10. BLOOM, B. - **A factor analysis of self-report measures of family functioning .** Family Process. 1985;24:225-239.

11. BODIN, A. - **Relationship conflict-verbal and physical: conceptualizing an inventory for assessing process and content.** In: Kaslow, F., ed. - Handbook of Relational Diagnosis and Dysfunctional Family Patterns. N. York: John Wiley & Sons, Inc., 1996:371-393.
12. BOWEN, M. - **Family therapy in clinical practice** - New York: James Aronson, Inc., 1978:565
13. BROCK, G.W. - **Beavers-Timberlawn Family Evaluation Scale** - The American Journal of Family Therapy. Brunner/Mazel, Inc. 1996:271-273.
14. BUSNELLO, E. - **O prontuário de família orientado para a solução de problemas**, in: Busnello, E. - A Integração da Saúde Mental num Sistema de Saúde Comunitária - Tese de Habilitação à Livre - Docência em Psiquiatria junto ao Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da UFRGS, Porto Alegre. 1976.
15. BUSNELLO, E. e col. - **Morbidade psiquiátrica na população urbana de Porto Alegre.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 1992;41:507-512.
16. CANCRINI, L.; CINGOLANI, S.; COMPAGNONI, F.; COSTANTINI, D; MAZZONI, S. - **Juvenile drug addiction: a typology of heroin addicts and their families.** Family Process. 1988;27:261-271.
17. CARNEIRO, T. - **Famílias: diagnóstico e terapia.** Ed. Zahar. Rio de Janeiro. 1983.
18. CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. - **As mudanças no ciclo de vida familiar** - 2a. ed. Editora Artes Médicas. Porto Alegre. 1995:510.
19. CID-10 - **Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID-10.** Editora Artes Médicas. Porto Alegre. 1993:351.
20. CLUFF, R.; HICKS, M.; MADSEN, C. - **Beyond the circumplex model 1. A Moratorium on Curvilinearity.** Family Process. 1994;33:455-470.
21. COMBRINCK-GRAHAM, L. - **A developmental model for family systems.** Family Process. 1985;24:139-150.
22. CORDOBA, ANGELA H. - **Famílias no clínicas de Bogotá - su funcionamiento segundo el modelo circunplejo de D.H. Olson.** Bogotá-monografia. 1989:121.
23. COX, A. ; RUTTER, M. - **Diagnostic appraisal and interviewing.** In: Rutter, M.; Hersov, L. - Child Psychiatry, Modern Approaches. London: Blackwell Scientific Publications, 1977;12:271-305.

24. CROMWELL, R.; PETERSON, G. - **Multisystem - multimethod Family Assessment in clinical contexts**. Family Process. 1983;2:147-162.
25. DSM - IV - **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 4a edição. American Psychiatric Association. Washington. DC. 1994:886.
26. DENTON, W. - **Problems encountered in reconciling individual and relational diagnoses**. In: Kaslow, F., ed. - Handbook of Relational Diagnosis and Dysfunctional Family Patterns. N. York: John Wiley & Sons. Inc., 1996:35-45.
27. ECKBLAD, G. - **The "circumplex" and curvilinear functions**. Family Process. 1993;32:473-476.
28. EDMAN, S.; COLE, D.; HOWARD, G. - **Convergent and discriminant validity of FACES III: family adaptability and cohesion**. Family Process. 1990;29:95-103.
29. ENGEL, G. L. - **How much longer must medicine's science be bound by seventeenth century world views?** Psychotherapy-Psychosomatics.1992;57:3-16.
30. EPSTEIN, N.; BISHOP, D.; BALDWIN, L. - **McMaster model of family functioning: a view of the normal family**. In: Walsh, F. (Ed): Normal Family Processes. N.York: The Guilfort Press, 1982:115-141.
31. EVERITT, B.S. - **The analysis of contingency tables**. Londres: Ed. Chapman and Hall, 1977.
32. FALCETO, O. - **Diagnóstico psiquiátrico da família**. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul.1989;11:131-136.
33. FALCETO, O.; GOLDIN, J.R.; LESSA DA SILVA, D. - **Validação de escalas de diagnóstico da família**, trabalho apresentado no Salão de Iniciação Científica da UFRGS. Dezembro, 1993.
34. FALCETO, O. e col - **Abandono infantil no pós-parto imediato: estudo de casos**. Revista de Psiquiatria do RS. 1994;16:80-88.
35. FALCETO, O. - **A questão do gênero em Terapia Familiar: a visão de terapeutas familiares de Porto Alegre em 1992**. Rev. Nova Perspectiva Sistêmica. Publicação do Instituto de Terapia Familiar do RJ. 1994;5:30-33.

36. FALCETO, O; AERTS, D.; FERNANDES, C.; WARTCHOW, E. - **O médico, o paciente e sua família**. In: Duncan, B.; Schmidt, M.I.; Giugliani, E. - Medicina Ambulatorial: Condutas Clínicas em Atenção Primária. 2ª ed. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1996:65-76.
37. FEEHAN, M. ; MCGEE, R.; WILLIAMS, S.; NADA-ROJA, S. - **Models of Adolescent Psychopathology: childhood at risk and the transition to adulthood**. Journal; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1995;34:670-679.
38. FISHER, L.; RANSOM, D. - **An empirically derived typology of families: I. Relationships with adult health**. Family Process. 1995;34:161-182.
39. FLECK, S. - **Family assesment**. Soc. Psychiatry, Psych., Epidemiology. 1988;23:137-144.
40. FLORES, M.; SPRENKLE, D. - **Can therapists use FACES III with Mexican Americans? A preliminary analysis**. In: Olson, D.; Russel, C.; Sprenkle, D. - Circumplex Model: Systemic Assessment and Treatment of Families. The Haworth Press, Inc. 1989:239-247.
41. FLORSHEIM, P.; HENRY, W.; BENJAMIN, L. - **Integrating individual and interpersonal approaches to diagnosis: the structural analysis of social behavior and attachment theory**. In: Kaslow, F., ed. - Handbook of Relational Diagnosis and Dysfunctional Family Patterns. N. York: John Wiley & Sons. Inc., 1996:81-101.
42. FREEDMAN, A. M. - **The biopsychosocial paradigm and the future of psychiatry** - Comprehensive Psychiatry. 1995;36:397-406.
43. GOLDIN, J.A. - **Pesquisa em saúde: leis, normas e diretrizes**, 2a. ed., Porto Alegre: Grupo de Pós-graduação em Pesquisa, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 1995:87.
44. GOMES, J. - **Manual de Psicoterapia Familiar**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1987:272.
45. GREEN, R. and al - **Evaluating FACES III and the circumplex model: 2440 families**. Family Process. 1991;30:55-73.
46. GREEN, R.; HARRIS, R.; FORTE, J.; ROBINSON, M. - **The wives data and FACES IV: making things appear simple**. Family Process. 1991;30:79-83.
47. GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Serviço de Saúde Comunitária. Diagnósticos das comunidades**. Porto Alegre, 1995. Mimeo.

48. HAMPSON, R.; BEAVERS, W.R.; HULGUS, Y. - **Commentary: comparing the Beavers and circumplex models of family functioning.** *Family Process.* 1988;27:85-92.
49. HENGGELER, S.W.; BURR-HARRIS, A.W.; BORDUIN, C.M.; McCALLUM, G. - **Use of the family adaptability and cohesion evaluation scales in child clinical research.** *Journal of Abnormal Child Psychology.* 1991;19:1-116.
50. IRWIN, E.; MALLOY, E. - **Family puppet interview.** *Family Process.* 1975;14:179-191.
51. KASLOW, F. - **Relational Diagnosis: an idea whose time has come.** *Family Process.* 1993;32:255-259.
52. KASLOW, F. - **Relational Diagnosis: past, present and future.** *The American Journal of Family Therapy.* 1993;21:195-204.
53. KASLOW, F. - **History, rationale and philosophic overview of issues and assumptions.** In: Kaslow, F., ed. - *Handbook of Relational Diagnosis and Dysfunctional Family Patterns.* N. York: John Wiley & Sons. Inc., 1996;1:3-18.
54. KONSTANTAREAS, M.M. - **After diagnosis what? Some of the possible problems around diagnostic assessments.** *Canadian Journal of Psychiatry.* 1989;34:549-553.
55. L'ABATE, L.; FREY, J. - **The E.R.A. Model: the role of feelings in family therapy reconsidered: implications for a classification of theories of family therapy.** *Journal of Marital and Family Therapy.* 1981:143-150.
56. LEE, C. - **Theories of family adaptability: toward a synthesis of Olson's circumplex and the Beavers systems models.** *Family Process.* 1988;27:73-85.
57. LEE, C. - **Meta-commentary: on synthesis and fractionation in family theory and research.** *Family Process.* 1988;27:92-96.
58. LEWIS, J.; BEAVERS, W.R.; GOSSETT, J.T; PHILLIPS, V.A. - **No single thread: psychological health in family systems.** N. York: Brunner-Mazel Publ., 1976.
59. LEWIS, J. - **The transition to parenthood: 1. The rating of prenatal marital competence.** *Family Process.* 1988;27(2):149
60. MANN, J.; STARR, S. - **The self-report questionnaire as a change agent in Family Therapy.** *Family Process.* 1971:95-105.

61. MASSELAM, V.; MARCUS, R.; STUNKARD, C. - **Parent-adolescent communication, family functioning and school performance in adolescence.** Fall. 1990;25:725-737.
62. MATHIS, R.; YIMGLING, L. - **Divorcing Versus Intact Families on the circumplex model: an exploration of the dimenons of cohesion and adaptability.** Family Therapy. 1990;17:261-272.
63. MATTAR, F. - **Pesquisa e Marketing.** São Paulo: Editora Atlas, 1993.
64. MAY, K.; LOGAN, C. - **Family type and the accomplishment of developmental tasks among college students.** Journal of College Student Development. 1993;34:397-400.
65. MINUCHIN, S.; MONTALVO, B. - **An approach to diagnosis of the low socio-economic family.** Washington: American Psychiatric Association. 1966:163-174.
66. MINUCHIN, S. - **Famílias, funcionamento e tratamento.** Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1982:238.
67. MINUCHIN, S.; ROSMAN, B.; BAKER, L. - **Psychosomatic families: anorexia nervosa in context.** Cambridge: Harvard University Press, 1978.
68. MOOS, R. - **Conceptual and empirical approaches to developing family-based assessment procedures: resolving the case of the family environment scale.** Family Process. 1990;29:199-208.
69. MRAZEK, D.; MRAZEK, P.; KLINNERT, M. - **Clinical assessment of parenting.** Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. March, 1995;34:272-282.
70. NOLLER, P.; SHUM, D. - **The couple version of Faces III: validity and reliability.** Journal of Family Psychology. Australia. 1990;3:440-451.
71. OLIVERI, M.E.; REISS, D. - **Family styles of construing the social environment: a perspective of variation among nonclinical families.** In: Walsh, F. (Ed): Normal Family Processes. N.York: The Guilfort Press., 1982:94-114.
72. OLSON, D.; SPRENKLE, D.; RUSSEL, C. - **Circumplex model of marital and family systems: I . Cohesion and adaptability dimenons, family types and clinical applications.** Family Process. 1979;18:3-28.

73. OLSON, D.; RUSSEL, C.SPENKLE, D.- **Circumplex Model of Marital and Family Systems: VI. Theoretical update.** Family Process. 1983;22:69-83.
74. OLSON, D.; PORTNER, J.; LAVEE, Y. - **Family adaptability and cohesion evaluation - Faces III.** University of Minnesota, St. Paul MN, Department of Family Social Science, 1985.
75. OLSON, D. - **Commentary: struggling with congruence across theoretical models and methods** - University of Minnesota, St. Paul MN, 1985.
76. OLSON, D. - **Circumplex Model VII: validation studies and FACES III.** Family Process. 1986;25:337-351.
77. OLSON, D.; SPENKLE, D.; RUSSEL, C. - **Circumplex model: systemic assessment and treatment of families.** N.York: The Harworth Press, Inc. 1989:296.
78. OLSON & - **Families: what makes them work.** Los Angeles: Sage, 1989.
79. OLSON, D. - **Commentary: three dimensional (3-D) circumplex model and revised scoring of FACES III.** Family Process. 1991;30:74-79.
80. OLSON, D. - **Curvilinearity Survives: the world is not flat.** Family Process. 1994;33:471-482.
81. OLSON, D. - **Clinical assessment and treatment interventions using the family circumplex model.** In: Kaslow, F., ed. - Handbook of Relational Diagnosis and Dysfunctional Family Patterns. N.York: John Wiley & Sons, Inc., 1996:59-77.
82. PAPP, P.; SILVERSTEIN, O.; CARTER, E. - **Family sculpting in preventive work with well families.** Family Process. 1973;12:197-212.
83. PARKE, R.; TINSLEY, B. - **Family interaction in infancy.** In: Osofsky, J. - Handbook of Infant Development - New York: John Wiley & Sons, Inc., 1987:579-641.
84. PATTON, W; NOLLER, P. - **The family of the unemployed adolescent.** Journal of Adolescence. 1991;14:343-361.
85. PEROSA, L.; PEROSA, S. - **Couvergent and discriminant validity for family self-report measures.** Journal of Educational and Psychological Measurement. Win. 1990;50:855-868.

86. PEROSA, L.; PEROSA, S. - **The use of a bipolar format for FACES III: a reconsideration.** *Journal of Marital and Family Therapy.* 1990;16:187-199.
87. PINSOFF, W.M; WYNNE, L.C. - **The effectiveness and efficacy of marital and family therapy: introduction to the special issue.** In: *The Effectiveness of Marital and Family Therapy.* *Journal of Marital and Family Therapy.* N.York, 1995;21:341-343
88. PRANGE, M.; GREENBAUM, P; SILVER,S.; FRIEDMAN, K.; DUCHNOWSKI, A. KUTASH, K. - **Family functioning and psychopathology among adolescents with severe emotional disturbances.** *Journal of Abnormal Child Psychology.* 1992;20:83-102.
89. PROTINSKY, H.; SHILTS, L. - **Adolescent substance use and family cohesion.** *Family Therapy.* 1991;17:173-175.
90. **Psychometric structure of the Czech version of FACES III.** *Czechoslovenka Psychologie.* 1990;34:299-302.
91. RANSON, D.; FISHER, L. - **An empirically derived typology of families: II - relationships with adolescent health.** *Family Process.* 1995;34:183-197.
92. REGIER, D.; BURKE, J. - **Epidemiology.** In: Kaplan, H.; Saddock, B. - *Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI.* Baltimore: Wilkins and Wilkins, 1995;1:377-397.
93. REISS, D. - **Foreword.** In: Kaslow, F., ed. - *Handbook of Relational Diagnosis and Dysfunctional Family Patterns.* N.York: John Wiley & Sons, Inc., 1996:ix-xv.
94. RISKIN, J. - **Methodology for studying family interaction.** *Archives of General Psychiatry.* 1963;8:343-348.
95. RISKIN, J. - **Research on "nonlabeled" families: a longitudinal study.** In: Walsh, F. (Ed): *Normal Family Processes.* N. York: The Guilford Press, 1982:67-93.
96. RODICK, J.D.; HENGGELER, S.W.; HANSON, C. - **An evaluation of the family adaptability and cohesion evaluation scales and the circumplex model.** *Journal of Abnormal Child Psychology.* 1986;14:1-190.
97. ROIJEN, S. - **Anorexia nervosa families - A homogeneous group? A case record study.** *Acta Psychiatrica Scandinava.* 1992;85:196-200.
98. ROOSA, M.; BEALS, J. - **A final comment on the case of the family environment scale.** *Family Process.* 1990;29:209-211.

99. ROOSA, M.; BEALS, J. - **Measurement issues in family assessment: the case of the family environment scale.** Family Process. 1990;29:191-198.
100. RUBIN, J.; MAGNUSSEN, M. - **A family art evaluation.** Family Process. 1974;13:185-200.
101. RUTTER, M. - **Separation, loss and family relationships.** In Rutter, M.; Hersov, L. - Child Psychiatry Modern Approaches. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1977;3:47-73.
102. SABSHIN, M. - **Psychiatric perspectives on normality.** Archives of General Psychiatry. 1967;17:258-264.
103. SCHAFER, P.; FORD, F. - **Family Typology: two-dimensional slices of the three dimensional pie.** AFTA Newsletter. Winter, 1994:25-31.
104. SCHWAB, J.; STEPHENSON, J.; ICE, J. - **Evaluating family mental health.** New York: Plenum Press, 1993:432.
105. SELLS, S.; SMITH, T; SPRENKLE, D. - **Integrating qualitative and quantitative research methods: A research model.** Family Process. 1995;34:199-218.
106. SHIELDS, C.; WYNNE, L.; MCDANIEL, S.; GAWINSKI, B. - **The marginalization of family therapy: a historical and continuing problem.** Journal of Marital and Family Therapy. 1994;20:117-138.
107. SIGAFOOS, A.; REISS, D.; RICK, J.; DOUGLAS, E. - **Pragmatics in the measurement of family functioning: an interpretive framework for methodology.** Family Process. 1985;24:189-203.
108. SIGAFOOS, A.; REISS, D. - **Rejoinder: counterperspectives on family measurement, clarifying the pragmatic interpretation of research methods.** Family Process. 1985;24:207-211.
109. SILVA, N. do V. - **Introdução à análise de dados qualitativos.** São Paulo: Ed. Vértice, 1990.
110. SLUZKI, C. - **Cibernética y terapia familiar: un mapa mínimo.** Rev. Sistemas Familiares. Buenos Aires: Agosto, 1987;2:65-69.
111. SLUZKI, C. - **Disruption and reconstruction of networks following migration/relocation.** Family Systems Medicine. 1992;10:359-363.

112. SMITH, J.; PRIOR, M. - **Temperament and stress resilience in school - age children: a within families study.** Journal American Academy of Child and Adolesc. Psychiatry. 1995;34:168-
113. Special issue - **The effectiveness of marital and family therapy.** Journal of Marital and Family Therapy. 1995;21:339-623.
114. STERN, D. - **O mundo interpessoal do bebê.** Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1992:275.
115. STREINER, D. - **A checklist for evaluating the usefulness of rating scales** Canadian Journal of Psychiatry. 1993;38:140-148.
116. STRONG, T. - **DSM-IV and describing problems in family therapy.** Family Process. 1993;32:249-253.
117. TAKANASHI, K.; SHIMIZU, S. - **Family coping and family systems change of alcoholic families: an application of the ideal version FACES III.** Journal of Mental Health. Chiba. Japan. 1991.
118. TUBIANA-RUFI, N.; MORET, L.; et al - **Validation en langue française d'une échelle d'évaluation du fonctionnement familial (FACES III): un outil pour la recherche et la pratique clinique.** Rev. Épidémiologie et Santé Publique. 1991;39:531-541.
119. VANDVIK, I.H.; ECKBLAD, G. - **Faces III and the kveback family sculpture technique as measures of cohesion and closeness.** Family Process. 1993;32:221-233.
120. WALLERSTEIN, J.; BLAKESLEE, S. - **The good marriage: how and why love lasts.** New York: Houghton Mifflin Company, 1995.
121. WALKER, L.; MC LAUGHLIN, F.S.; GREENE, J. - **Functional illness and family functioning: a comparison of healthy and somaticizing adolescents.** Family Process. 1988;27:317-325.
122. WALSH, F. - **Concurrent grand parent death and birth of schizophrenic offspring: an intriguing finding.** Family Process. 1978;17:457-463.
123. WALSH, F. - **Conceptualizations of normal family functioning.** In: Walsh, F. - Normal Family Processes. New York: The Guilford Press, 1982:3-42.
124. WATZLAVICK - **La coleta del baron de munchausen.** Ed. Herder. Barcelona. 1992:352.

125. WELLS, C.; RABINER, E. - **The conjoint family diagnostic interview and the family index of tension.** Family Process. 1973;12:127-144.
126. WETZLER, S. - **Measuring mental illness: psychometric assessment for clinicians.** Washington D.C.: American Psychiatric Press, 1989.
127. WYLIE, M.S. - **Diagnosing for dollars?** The Family Therapy Networker (on DSM-IV). 1995:22-33.
128. WYNNE, L. - **Knotted relationships, communication deviances, and metabinding.** In: Berger, M.C. Ed. Beyond the Double Bind. New York: Brunner Mazel, 1978;9:177-188
129. WYNNE, L.; JONES, J.; AL-KHAYYAL M. - **Healthy family communication patterns: observation in families "at risk" for psychopathology.** In: Wash, F. (Ed): Normal Family Processes. N. York: The Guilford Press, 1982:142-164.
130. WYNNE, L. - **The epigenesis of relational systems: a model for understanding family development.** Family Process. 1984;23:297-318.

10. ANEXO

10. ANEXO

NOVA PROPOSTA DO MARPLAN Critérios para definição de classe social

Educação formal do chefe da família

analfabeto ou primário incompleto	0 pontos
primário completo	5 pontos
nível ginásial	10 pontos
nível colegial	15 pontos
nível superior	21 pontos

Conforto doméstico

	Número de Itens						
	Nenhum	1	2	3	4	5	6 ou +
carros	0	4	9	13	18	22	26
tv a cores	0	4	7	11	14	18	22
banheiros	0	2	5	7	10	12	15
empregado mensalista	0	5	11	16	21	26	32
rádios	0	2	3	5	6	8	9
geladeira	+ 7 pontos						
vídeo-cassete	+10 pontos						
máquina de lavar roupas	+ 8 pontos						
aspirador de pó	+ 6 pontos						

Definição das classes

A	89 pontos ou mais
B	59 a 88 pontos
C	35 a 58 pontos
D	20 a 34 pontos
E	até 19 pontos