

Estudo longitudinal de famílias

Longitudinal study of families

Estudio longitudinal de familias

Olga Garcia Falceto¹ , Angela Maria Polgati Diehl² 

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre (RS), Brasil.

²Instituto da Família de Porto Alegre – Porto Alegre (RS), Brasil.

Resumo

Introdução: O desenvolvimento da família é influenciado por diversos fatores de sua organização interna e de ordem ambiental, social, cultural, econômica e política. Em contexto de pobreza os riscos são maiores. Fatores de proteção, como boa organização familiar e rede social de apoio podem diminuir as consequências negativas da pobreza. São escassas as pesquisas longitudinais sobre vulnerabilidade e resiliência nas famílias. **Objetivo:** Este artigo descreve o desenvolvimento de três famílias ao longo de 15 anos, estudadas por meio de entrevistas em casa, parte de uma coorte populacional de um bairro de Porto Alegre (RS). Buscaram-se associações entre a qualidade das relações nessas famílias e sua saúde física e mental, especialmente a do filho, foco da pesquisa. **Métodos:** Selecionaram-se no arquivo da pesquisa as três primeiras famílias (do total de 148) das quais se tinham os resultados completos das cinco visitas realizadas aos quatro meses e aos dois, quatro, nove e 15 anos de um filho. Realizou-se análise qualitativa dos registros em busca de categorias para compreender a vida e as relações interpessoais nas famílias. O estudo foi realizado em conjunto por duas pesquisadoras, médicas especialistas em desenvolvimento humano. As categorias identificadas na análise e estudadas nas cinco etapas foram: configuração familiar, situação socioeconômica, situações traumáticas, saúde física, saúde relacional e mental, evolução cognitiva e escolar do filho. **Resultados:** As três famílias, todas de classe C, com filhos sem problemas de saúde física, tiveram evolução suficientemente boa, apesar de todas enfrentarem múltiplos problemas, inclusive separações e mortes precoces. A relação com o sistema de saúde e escola era boa e similar para as três. A jovem com menos problemas de saúde mental foi aquela que sofreu perdas mais importantes: morte dos pais. Tinha uma estrutura familiar multigeracional sólida desde a primeira infância, com relações interpessoais predominantemente colaborativas e amorosas. **Conclusões:** O artigo busca avançar na compreensão da resiliência nas famílias em situações de vulnerabilidade. Concluímos que essas três famílias, uma delas mais que as outras, foram suficientemente saudáveis na tarefa de educar seus filhos sem desenvolverem problemas mentais graves. Propomos que o bom desenvolvimento se associa com a adequação e amorosidade dos cuidados com a etapa do ciclo vital, mesmo enfrentando situações problemáticas. Essas qualidades precisam estar associadas à estabilidade socioeconômica básica e a bons serviços de saúde e escola.

Palavras-chave: Desenvolvimento humano; Resiliência; Saúde mental; Saúde relacional familiar; Estudo longitudinal.

Autor correspondente:

Olga Garcia Falceto

E-mail: olgafalceto@gmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

CAAE: 0073.0.001.164-08

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

não se aplica.

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 08/05/2020.

Aprovado em: 15/04/2024.

Como citar: Falceto OG, Diehl AMP. Estudo longitudinal de famílias. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2024;19(46):2508. [https://doi.org/10.5712/rbmfc19\(46\)2508](https://doi.org/10.5712/rbmfc19(46)2508)



Abstract

Introduction: Family development is influenced by its internal organization and environmental, socioeconomic, cultural and political factors. In poor contexts there are more risks to development. Protection factors such as good family organization and social network may decrease the risks. Longitudinal research about vulnerability and resilience in families is scarce. **Objective:** This article describes the development of three families over 15 years through interviews at home. The families were part of a populational cohort of a neighborhood in Porto Alegre (RS). We looked for links between the quality of relationships and the physical and mental health of these families, especially of the child focus of the research. **Methods:** We selected in the research archives the first three families (of a total of 148) for which we had full results of the five interviews at four months and two, four, nine and fifteen years of a child. We did a qualitative analysis of the records looking for parameters to understand the life and interpersonal relationships of these families. This study was done by two researchers, both experts in human development. The categories identified in the analysis of the five phases were: family structure, socioeconomic situation, traumatic experiences, physical, mental and relational health and cognitive evolution of the child. **Results:** All three families belonged to economic class C. The children were in good physical health and had sufficiently good general development, having faced multiple problems, including parental separation and early parental death. The relationship with the health and school systems was good in all of them. The youth with less mental health problems was the one who suffered the heaviest loss: early death of both parents. Her family had strong multigenerational ties since her early days, with predominant collaborative and loving relationships. **Conclusions:** This article aimed to contribute to the comprehension of resilience in families in the context of vulnerability. We can say that these three families were healthy enough in the task of bringing up children without any serious mental health problem. We suggest that healthy development is associated with loving interfamily relationships adequate for each phase of development, notwithstanding dramatic events. This needs to be supported by basic economic stability and adequate school and health systems.

Keywords: Human development; Resilience; Mental health; Family relational health; Longitudinal study.

Resumen

Introducción: El desarrollo de la familia es influenciado por su organización interna y factores ambientales, sociales, culturales, económicos y políticos. En contextos pobres los riesgos son mayores. Factores de protección como buena organización familiar y red social de apoyo pueden disminuir las consecuencias negativas de la pobreza. Son pocas las investigaciones longitudinales de vulnerabilidad y resiliencia de las familias. **Objetivo:** Este artículo describe el estudio del desarrollo de tres familias a lo largo de 15 años, a través de entrevistas en domicilio, parte de una cohorte poblacional de un barrio de Porto Alegre (RS). Se buscaron correlaciones entre la calidad de las relaciones de esas familias y su salud física y mental, especialmente la del hijo foco de la investigación. **Métodos:** Fueron seleccionadas en el archivo de la investigación las tres primeras familias (de un total de 148) de las cuales se tenían los resultados completos de las cinco visitas realizadas, a los 4 meses, y a los 2, 4, 9, y 15 años de un hijo. Fue realizado un análisis cualitativo de los registros en busca de categorías para comprender la vida y las relaciones interpersonales en las familias. El estudio fue hecho en conjunto por dos investigadoras, médicas especialistas en desarrollo humano. Las categorías identificadas en el análisis y estudiadas en las cinco etapas fueron: configuración familiar, situación socioeconómica, situaciones traumáticas, salud física, salud relacional y mental, evolución cognitiva y escolar del hijo. **Resultados:** Las tres familias, todas de clase C, con hijos sin problemas de salud física, tuvieron evolución suficientemente buena, a pesar de que todas enfrentaron múltiples problemas, incluso separaciones y muertes precoces. La relación con el sistema de salud y escuela era buena y similar para las tres. La joven con menos problemas de salud mental fue aquella que sufrió las mayores pérdidas: muerte de los padres. Tenía una estructura familiar multigeneracional sólida desde la primera infancia, con relaciones interpersonales predominantemente colaborativas y amorosas. **Conclusiones:** El artículo pretende avanzar en la comprensión de la resiliencia en las familias en situaciones de vulnerabilidad. Concluimos que esas tres familias, una de ellas más que las otras, fueron suficientemente saludables en la tarea de educar a sus hijos sin que desarrollaran problemas mentales graves. Proponemos que el buen desarrollo se asocia con el amor y adecuación de los cuidados a la etapa del ciclo vital, aun enfrentando situaciones problemáticas. Esas calidades necesitan estar asociadas a la estabilidad socioeconómica básica y buenos servicios de salud y escuela.

Palabras clave: Desarrollo humano; Resiliencia; Salud mental; Salud relacional familiar; Estudio longitudinal.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da família é influenciado por diversos fatores internos e de ordem ambiental, social, cultural, econômica e política.¹ É nela que acontecem os processos de subjetivação, interação social e o cuidado com a saúde, determinando o desenvolvimento de seus membros. Em contexto de pobreza os riscos são maiores.² Fatores de proteção, como coesão, organização familiar e rede social de apoio podem, se presentes, diminuir as consequências negativas da pobreza. Apoios social e afetivo providos por pessoas significativas são importantes dimensões do bem-estar psicológico e do desenvolvimento humano.¹

Pesquisas sobre vulnerabilidade e resiliência nas famílias procuram identificar fatores de risco e de proteção, internos e externos à família, que interferem no ciclo vital de seus componentes ao longo de sua evolução.³ Famílias monoparentais⁴ estão em maior risco, assim como famílias em que o casal está em conflito conjugal com envolvimento dos filhos.⁵ Conforme a literatura, a resiliência familiar está associada à qualidade das relações interpessoais, resultando em modelos dinâmicos de influência recíproca em suas interações desde o nascimento.^{6,7}

Estudiosos do desenvolvimento infantil estabeleceram a importância da formação de um vínculo interpessoal seguro, primariamente desenvolvido entre mãe e filho, que influenciará a qualidade das relações ao longo da vida por oferecer à criança um sentido de pertencimento e de confiança.^{7,8} Winnicott⁹ descreveu a relação saudável entre mãe e bebê como “suficientemente boa” quando a qualidade do cuidado permite ao filho a construção de um bom desenvolvimento emocional e afetivo. Posteriormente, Brazelton¹⁰ estendeu o foco de estudo aos cuidados do pai e de toda a família.

Se a família enfrenta muitos problemas, seu funcionamento será inadequado ou não. Pode reagir aos desafios com resiliência, aprendendo com eles e superando os obstáculos. Ou pode tornar-se o que se costuma chamar de família multiproblemática, ou seja, aquela que se torna um sistema vulnerável de alto risco. Apresentam-se polissintomáticas, com crises recorrentes, desorganizadas, isolam-se e se confundem nas suas funções parentais.⁴

Problemas de saúde física e mental tornam as famílias mais vulneráveis, especialmente quando há alcoolismo e abuso de drogas. Nas famílias disfuncionais é mais frequente a cronificação dos problemas relacionais e físicos, por elas não manterem hábitos de vida saudáveis e terem dificuldade em seguir orientações de tratamento.¹¹ Problemas mentais como transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) também fragilizam, especialmente por comprometer a escolaridade. Uma revisão de literatura realizada entre 1996 e 2006 demonstrou, por exemplo, a presença de conflito conjugal em famílias com filhos com TDAH, especialmente quando há comorbidade com transtorno opositor desafiante (TOD) e transtorno de conduta (TC).¹² A gravidez na adolescência, associada ou não à monoparentalidade, aumenta o risco de disfunção familiar quando não há adequado apoio familiar e social.¹³

As três famílias estudadas são parte de um estudo longitudinal de 148 famílias em uma comunidade urbana do sul do Brasil. Busca-se descrever os fatores que propiciam a estabilidade mínima necessária ao bom desenvolvimento de seus membros, especialmente o das crianças. O artigo busca avançar na compreensão de como se dá a resiliência nessas famílias.

MÉTODOS

Este estudo é parte de uma pesquisa longitudinal do desenvolvimento de 148 famílias numa área urbana do sul do Brasil, ao longo de 15 anos.

Este artigo relata um estudo de casos múltiplos, com revisão dos prontuários da pesquisa. Selecionaram-se para esta comunicação de pesquisa as três primeiras famílias registradas no arquivo que tinham relatos completos das cinco visitas realizadas aos quatro meses e aos dois, quatro, nove e 15 anos de um dos filhos da família.

A linha de pesquisa foi iniciada em 1998 em um bairro de Porto Alegre (RS), na área de abrangência de três unidades de saúde do Serviço de Medicina de Família e Comunidade do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Foi realizada em colaboração com as equipes de Medicina de Família e Comunidade, com a participação da Dra. Carmen Luiza Fernandes como copesquisadora principal. As etapas da

pesquisa foram aprovadas pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas de Porto Alegre e do Grupo Hospitalar Nossa Senhora da Conceição, local de trabalho da pesquisadora principal. Foram visitadas as famílias de todas as crianças moradoras do bairro que nasceram entre dezembro de 1998 e fevereiro de 2000, exceto as de classe social A, por falta do Registro de Nascidos Vivos, na época, nos hospitais que as atendiam. Das 215 famílias visitadas, 148 permaneceram no estudo. A descrição sociodemográfica da amostra consta em artigo publicado.¹⁴ A equipe de visitação era constituída por dois terapeutas familiares e um estudante de Medicina. Os terapeutas observavam o conjunto da família e aplicavam questionários abrangendo múltiplos temas relacionados com a saúde e vida familiar, além de escalas e testes adequados ao momento do desenvolvimento da criança. Os diagnósticos relacionais e psiquiátricos eram dados por consenso dos dois profissionais e, se necessário, discutidos com a equipe. A equipe de pesquisa, em todos os tempos, esteve em contato com a equipe de saúde da atenção primária e, sempre que necessário, com os devidos cuidados éticos, realizou o trabalho em rede fazendo encaminhamentos e articulações. A mesma metodologia foi utilizada nas várias etapas da pesquisa.

No estudo aqui apresentado, duas pesquisadoras sênior leram em conjunto os prontuários, revisando os fatores sociodemográficos, estrutura e funcionamento familiar, saúde física, mental e relacional dos membros da família.

As autoras identificaram as seguintes categorias de análise:

1. Configuração familiar e suas mudanças ao longo dos 15 anos;
2. Situação ocupacional e econômica dos adultos;
3. Situações especiais e traumas vivenciados;
4. Saúde física;
5. Saúde relacional e mental;
6. Evolução cognitiva e escolar da criança.

Buscaram as associações entre as características identificadas e a evolução saudável ou disfuncional das famílias e seus membros, chegando a um consenso quanto à pontuação para o grau de seu funcionamento:

1. Sem dificuldade;
2. Pouca dificuldade;
3. Dificuldade;
4. Importante dificuldade;
5. Grave dificuldade.

População estudada

As crianças focalizadas foram dois meninos e uma menina, todos fisicamente saudáveis. No início das visitas todas as famílias pertenciam à classe econômica C, com casa própria e vínculo empregatício ou renda por pensão de um dos pais ou outro adulto responsável. A família de Oscar era constituída de três filhos do primeiro casamento do pai e dois do segundo casamento. Na de Virginia, o pai tinha uma filha de casamento anterior e uma do casal; ambos os pais faleceram no decorrer da pesquisa. Na de Luiz, os pais eram adolescentes (mãe com 14 e pai com 19 anos) que moravam com a família da avó paterna, se separaram e constituíram novas famílias; o pai teve mais uma filha na segunda relação e na terceira

tinha uma enteada. Viviam em um bairro de Porto Alegre (RS), heterogêneo socioeconomicamente e na sua urbanização. As três famílias relataram boa relação com os vizinhos.

Ao longo dos quinze anos de duração da pesquisa, houve empobrecimento e aumento do tráfico de drogas e violência no bairro. As três famílias mantiveram a moradia própria e a renda mínima ao longo do tempo, ainda que com alterações que variaram.

RESULTADOS

Iniciaremos fazendo um resumo da história de cada família e considerações sobre sua dinâmica de funcionamento. A seguir, buscaremos identificar as associações entre suas realidades e a saúde física, mental e relacional de seus membros, especialmente a criança/adolescente foco da pesquisa.

A família de Oscar

Os pais de Oscar relacionaram-se suficientemente bem durante os dez anos que durou seu casamento, apesar de serem muito diferentes: ele rígido e ela ansiosa. Separaram-se quando Oscar tinha três anos. A mãe considerava Oscar uma criança hiperativa e difícil, ao contrário do pai, que o via como muito ativo, mas fácil. Pouco antes da separação, duas filhas adolescentes do primeiro casamento do pai foram morar com a família, complicando as relações familiares.

O pai construiu outra relação e a mãe continuou sem companheiro. A família nuclear materna continuou sendo organizada. Apesar das dificuldades relacionais no ex-casal, o pai continuou presente na vida do filho, vendo-o semanalmente até o início da idade escolar e mais frequentemente depois, auxiliando no período em que Oscar apresentou sintomas comportamentais, dificuldade de escrita e leitura, brigas na escola, episódio de roubo e desatenção continuada.

A equipe de pesquisa suspeitou do diagnóstico de TDAH na visita aos dois anos. Na visita aos quatro anos, não houve menção do diagnóstico de TDAH e o menino foi descrito como inteligente e adequado para a idade. O diagnóstico de TDAH foi estabelecido quando Oscar entrou na escola. Aos 15 anos, Oscar tinha história de uma repetência escolar por excesso de faltas, estava sem medicação e, novamente, em avaliação para o TDAH.

A situação econômica da família materna deteriorou ao longo dos anos. Na última visita, só a irmã trabalhava e a casa estava em condições precárias. A mãe estava obesa, com hipertensão arterial e diabetes, sendo fumante pesada e usando álcool nos finais de semana. Oscar dava-se bem com o pai, tinha amigos e planos para o futuro.

A família de Virgínia

A família sofreu uma sucessão de doenças e perdas graves: o pai faleceu por afogamento quando ela tinha um ano e a mãe, por insuficiência renal, quando tinha nove anos. A mãe tinha se submetido a transplante com rim doado por seu pai (avôM) quando Virgínia tinha três anos. Sua mãe voltou a casar com um homem que foi um bom padrasto. O avôM, ao mesmo tempo que foi um benfeitor na família, criou conflito grave após a morte da filha. Havia ido morar com ela na preparação para o transplante, no prédio construído pela ex-esposa e seu atual marido. Quis continuar morando lá, mas o conflito foi resolvido pela Justiça, que deu ganho de causa à avó de Virgínia (avôM) e seu marido. Virgínia foi sempre cuidada

primariamente por sua mãe, com a ajuda da avóM. O avodrado sempre foi muito afetuoso, assim como os tios maternos que viviam nas proximidades.

A família demonstrou grande resiliência, enfrentando todos os problemas e cuidando bem de Virgínia, ainda que na quinta visita, quando ela tinha 15 anos, a avóM e o avodrado sofressem com depressão e outros problemas de saúde tratados com medicação. Na adolescência, Virgínia manifestou baixa autoestima, que não afetava seu efetivo funcionamento. Teve um episódio sugestivo de depressão após a morte da mãe (seguida da perda do padrasto e avôM), melhorando com psicoterapia breve oferecida por uma psicóloga do posto de saúde.

O fator mais importante que pareceu estar associado com a saúde psicológica de Virgínia foi a boa qualidade dos cuidados que sempre recebeu e a harmonia entre as pessoas que eram seus cuidadores primários: pais, avós e tios maternos.

A família de Luiz

Aos 15 anos, Luiz demonstrava ser um adolescente com visão positiva da vida. Luiz nasceu da relação entre uma adolescente de 14 e o namorado de 19 anos. Foram morar com a avó paterna (avóP) porque a avóM estava grávida na mesma época. A avóP assumiu Luiz como filho desde o nascimento, sendo uma pessoa cuidadosa e constante, ainda que superprotetora. Os pais separaram-se quando Luiz tinha um ano. Sua mãe não conseguiu manter suficiente proximidade, o que ele relatou com tristeza aos 15 anos. Ela casou-se novamente e não teve outros filhos. O pai permaneceu presente e cresceu pessoal e economicamente ao longo da vida, tendo mais dois casamentos e uma filha. Na adolescência, quando Luiz apresentou problemas escolares, repetindo o ano duas vezes por faltas, o pai e sua terceira esposa assumiram os cuidados parentais.

O menino foi sempre bem cuidado pela avóP e mostrava-se bem identificado com o pai. Este conseguiu ser um exemplo de desenvolvimento, acolhendo-o na adolescência em sua nova família.

DISCUSSÃO

Para dar uma visão geral da organização das famílias, elaboramos a Tabela 1 que contém uma pontuação para cada categoria estudada, dada por consenso pelas autoras, levando em conta o desenvolvimento global das crianças e suas famílias: Avaliação do Funcionamento das Famílias: Resumo dos Achados.

Ao longo da pesquisa o grupo consolidou o conceito de que famílias são organismos vivos, multipessoais, complexos, que estabelecem padrões preferenciais de relacionamento, influenciados

Tabela 1. Avaliação do funcionamento das famílias: resumo dos achados

Caso	Configuração familiar	Situação ocupacional/ econômica	Situações especiais e traumas	Saúde física		Saúde relacional e mental		Evolução escolar
				Criança	Família	Criança	Família	
Família 1	4	4	4	1	4	4	4	4
Família 2	3	3	5	1	5	2	2	1
Família 3	5	3	4	1	1	3	3	4

Legenda: 1: sem dificuldade; 2: pouca dificuldade; 3: dificuldade; 4: importante dificuldade; 5: grave dificuldade.

pelas características de seus membros, que mudam ao longo do tempo e do meio ambiente.^{1,15,16} Partindo de uma das perguntas constitutivas da pesquisa: “o que propicia a estabilidade mínima necessária ao desenvolvimento de seus membros, especialmente o das crianças?”, propôs-se uma resposta: a adequação dos cuidados às necessidades dos membros em sua situação ambiental, com amorosidade e constância das relações interpessoais ao longo do tempo, desde que tenham suas necessidades básicas supridas.¹⁷

O estudo de apenas três famílias é fruto de limitações logísticas temporárias do grupo de pesquisa, mas seus resultados indicam uma metodologia a ser utilizada quando for possível analisar toda a amostra. Essas três famílias foram escolhidas aleatoriamente de uma amostra quase populacional, o que confere valor especial ao estudo, já que as pesquisas longitudinais encontradas na literatura são de casos clínicos ou amostras de conveniência.^{18,19}

As três famílias eram pobres, mas tinham casa própria e renda mínima assegurada. O empobrecimento da família materna de Oscar parece ter sido um fator associado com seu continuado problema e com as dificuldades clínicas da mãe. No caso de Luiz, o crescimento econômico do pai teve impacto positivo no desenvolvimento, facilitando-lhe assumir o filho na adolescência.

Apesar da pobreza e do conflito entre traficantes na vizinhança, que cresceram ao longo dos 15 anos do estudo, essas limitações não foram enfatizadas pelas famílias nas entrevistas. Elas pareciam se concentrar nas tarefas diárias e nos cuidados com os filhos, buscando constância e harmonia. Chamou-nos a atenção a frequência de comportamentos generosos e altruístas. Predominaram as relações de cooperação na família nuclear e de origem. A literatura refere a associação entre resiliência e a visão positiva e otimista em relação à vida, favorecendo a resolução de conflitos. Ainda que as três famílias carecessem de rede social mais rica, o que as apoiaria, todas tiveram acesso a boa rede pública de saúde e escola.^{3,6}

Nessa amostra se identificaram problemas importantes, mas não se verificou agressividade continuada entre as pessoas. Na família de Oscar, a mãe relatou que o filho vomitava quando aguardava para ir visitar o pai. Além disso, teve repetência escolar por faltas no início da adolescência. Na família de Virginia, houve ruptura com o avôM mas, por intermédio da Justiça, eles conseguiram solucionar um conflito grave de patrimônio. Virgínia fez depressão transitória na infância e relatou baixa autoestima na adolescência. Luiz apresentou um sintoma comportamental importante no início da adolescência, perdendo dois anos consecutivos de escolaridade, sem relato de mau comportamento. Todos, então, demonstraram algum sintoma psicológico durante parte de sua infância/adolescência, não sendo crianças agressivas, assim como não o eram seus pais. Com certeza um fator protetor foi que nenhum dos adultos abusava de álcool ou outras drogas.

Em nossa amostra, Oscar teve mãe sempre mais presente que o pai, existindo conflitos quanto ao cuidado. Virgínia em seu primeiro ano teve pai e mãe cuidadosos e próximos e, na falta destes, avôM e avodraço que eram amorosos e adequados. Luiz sempre teve avóP cuidadora, ainda que superprotetora, e pai que se manteve relativamente próximo e apoiador, respondendo a seus problemas apesar de tardiamente. Nosso estudo demonstra que se deve ampliar o conceito de cuidador primário suficientemente bom para além da mãe, identificando um adulto constante na vida da criança, o que já tinha sido mencionado por Erikson.²⁰ Nossos achados ampliam a visão de Brazelton¹⁰ e introduzem a ideia de uma família suficientemente boa, incluindo a importância do apoio da família extensa, especialmente os avós.^{3,6,21}

Quanto à importância das características temperamentais da criança na formação do vínculo com os pais, verificou-se que o único bebê definido como difícil aos quatro meses foi Oscar, assim descrito por sua mãe, mas não por seu pai.¹⁸

Estas observações permitem fazer uma hipótese que não temos como comprovar: pode ter havido uma assincronia entre as expectativas da mãe e o nível de atividade do filho,¹⁸ que faz pensar que se houvesse uma intervenção profissional para ajudar os cuidados parentais a serem mais continentos o transtorno talvez não tivesse se desenvolvido. A hipótese é de que, na dinâmica familiar, Oscar pode ter ficado “encarregado” de defender o pai perante a mãe e/ou que esta visse nele características do pai que ela não apreciava, caracterizando-se uma triangulação patológica do filho no conflito parental⁵ que atrapalhou o seu desenvolvimento.

Os dois meninos apresentaram atraso do desenvolvimento escolar. Um deles teve pais adolescentes (mãe de 14 anos que não teve o apoio emocional de sua mãe e sim o da sogra que, inadvertidamente, a substituiu na função materna). O outro teve pais que se separaram cedo, mantendo conflitos na relação pais-filho. Na infância, em ambos casos, os pais ficaram bastante distantes emocionalmente e nos cuidados. É conhecido o risco de evasão escolar na adolescência, especialmente por meninos, com frequente associação a abuso de drogas e comportamentos delinqüenciais, o que não aconteceu nas famílias estudadas. Nestas, a reaproximação do pai ajudou a mitigar o problema, o que está descrito na literatura.²²⁻²⁴

Quanto à organização da família, verifica-se que ela vem mudando ao longo do tempo, apesar de ser mais frequente que as mães assumam os cuidados operacionais e de afeto e os pais, o de trazer o sustento e manter as regras familiares.⁵ Nesta amostra, tanto a função materna quanto a paterna mudaram ao longo do tempo e foram exercidas de forma mais complexa. A função materna de Oscar foi realizada por sua mãe, mas sempre com distanciamento por ela achá-lo difícil. Virgínia viveu uma situação mais difícil, pois sua maternagem passou da mãe para a avó quando aquela morreu. Luiz foi o mais prejudicado, com a mãe muito distante a partir de seu primeiro ano de vida, deixando-o com um vácuo emocional que foi preenchido pela avóP de forma parcial.

Quanto à função paterna, o pai de Oscar pareceu ater-se ao papel tradicional, da mesma forma que o pai de Virgínia, ainda que não seu avodrado, muito cuidador e que assumiu funções de estabilização da família. O pai de Luiz também era principalmente provedor. Nas duas famílias separadas os pais foram morar longe dos filhos, mantiveram o compromisso financeiro e intensificaram a relação com os meninos à medida que esses cresceram e mostraram problemas comportamentais.

Nestas famílias o apoio emocional, operacional e financeiro vinha apenas da família nuclear e de origem, sem outra rede social ativa. Os tios foram identificados como grandes apoiadores. Todas relataram boa relação com os vizinhos, apesar de distante, o que faz pensar numa comunidade suficientemente tranquila. As três tiveram acesso a uma boa rede de atendimento em saúde, da equipe de Medicina de Família e Comunidade de seu bairro. Também identificaram o sistema escolar como adequado. Nenhuma das famílias se apoiou em instituição religiosa.²¹

CONCLUSÃO

O estudo teve como foco a busca de associações entre qualidade das interações familiares e problemas desenvolvimentais, especialmente das crianças. As três famílias foram suficientemente competentes em criar filhos fisicamente saudáveis e sem problemas mentais graves. Apresentaram sofrimento e dificuldades relacionais, mas mantiveram cuidados suficientemente adequados. Os relacionamentos não foram marcados por atitudes agressivas e sim por uma visão positiva diante da vida.

Aos profissionais que se relacionam com famílias semelhantes, recomendamos que procurem se concentrar predominantemente em suas competências, reforçando a autoestima familiar, sem esquecer

de dar atenção a seus problemas. A literatura, nossa pesquisa e a experiência clínica das autoras demonstram a importância das boas interações familiares para o desenvolvimento de cada indivíduo e da família como um todo. Além disso, sugerimos que este foco relacional faça parte dos estudos epidemiológicos como fator de risco e proteção.

AGRADECIMENTOS

À Dra. Carmen Luiza Fernandes agradecemos a participação como copesquisadora principal em todas as etapas do Estudo Longitudinal.

Às Equipes e ao Serviço de Medicina de Família e Comunidade do Grupo Hospitalar Conceição agradecemos a acolhida e colaboração que tornou possível este estudo.

Aos membros das Equipes de Pesquisa agradecemos seu entusiasmo, disponibilidade e competência.

Às famílias participantes do estudo agradecemos a forma carinhosa como nos receberam em suas residências, disponibilizando seu tempo para as entrevistas em todas as etapas da pesquisa.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

OGF: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia. AMPD: Análise formal, Conceituação, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia.

REFERÊNCIAS

1. Bronfenbrenner U. A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
2. Carinhanha JL, Garcia Penna LH, Oliveira DC. Representações sociais sobre famílias em situação de vulnerabilidade: uma revisão da literatura. *Rev Enferm UERJ* 2014;22(4):565-70.
3. Matos LA, Santos TM, Silva SSC. Resiliência familiar: percepção de mães em situação de pobreza. *Ciênc Cogn* 2018;23(2):178-94.
4. Gómez E, Muñoz MM, Haz AM. Familias multiproblemáticas y en riesgo social: características e intervención. *Psykhé* 2007;16(2):43-54. <https://doi.org/10.4067/S0718-22282007000200004>
5. Stutzman SV, Miller RB, Hollist CS, Falceto OG. Effects of marital quality on children in brazilian families. *J Comp Fam Stud* 2009;40(3):475-92.
6. Walsh F. The concept of family resilience: crisis and challenge. *Fam Process* 1996;35(3):261-81. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1996.00261.x>
7. Gomes-Pedro J. Pensar a criança sentir o bebê. Lisboa: IN Edições; 2017.
8. Bowlby J. Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989.
9. Winnicott DW. A família e o desenvolvimento individual. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2005.
10. Brazelton BT. O desenvolvimento do apego: uma família em formação. Porto Alegre: Artes Médicas; 1988.
11. von Sydow K, Behr S, Schweitzer J, Retzlaff R. The efficacy of systemic therapy with adult patients: a meta-content analysis of 38 randomized controlled trials. *Fam Process*. 2010;49(4):457-85. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2010.01334.x>
12. Guilherme PR, Mattos P, Serra-Pinheiro MA, Regalla MA. Conflitos conjugais e familiares e presença de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na prole: revisão sistemática. *J Bras Psiquiatr* 2007;56(3):201-7. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852007000300008>
13. Oliveira-Monteiro NR, Freitas JV, Farias MA. Gravidez: associação de fatores de risco e proteção na adolescência. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum* 2014;24(3):354-60.

14. Falceto OG, Giugliani ERJ, Fernandes CLC. Influence of parental mental health on early termination of breast-feeding: a case-control study. *J Am Board Fam Pract* 2004;17(3):173-83. <https://doi.org/10.3122/jabfm.17.3.173>
15. Minuchin S. *Famílias: funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.
16. Falceto OG. O ciclo vital da família. In: Eizirik CL, Bassols MAS, orgs. *O ciclo da vida humana*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 95-110.
17. Beavers R, Hampson RB. The beavers systems model of family functioning. *J Fam Ther* 2000;22(1):128-43. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00143>
18. Chess S, Thomas A. *Goodness of fit: clinical applications, from infancy through adult life*. Philadelphia: Routledge; 2013.
19. Piccinini CA, Tudge J, Lopes RS, Sperb T. *Estudo longitudinal de Porto Alegre: da gestação à escola*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia; 2012.
20. Erikson E. *Infância e sociedade*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1976.
21. Seibel BL, Falceto OG, Hollist C, Springer PR, Fernandes CLC, Koller SH. Rede de apoio social e funcionamento familiar: estudo longitudinal sobre famílias em vulnerabilidade social. *Pensando Fam* 2017;21(1):120-36.
22. Fishman HC. *Tratando adolescentes com problemas: uma abordagem da terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
23. Ramos SP. O crack, o pai e os psiquiatras e psicanalistas. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2008;30(2):99-100. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082008000300004>
24. Graeff-Martins AS, Oswald S, Comassetto JO, Kieling C, Gonçalves RR, Rohde LA. A package of interventions to reduce school dropout in public schools in a developing country. A feasibility study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2006;15(8):442-9. <https://doi.org/10.1007/s00787-006-0555-2>