

# Genograma e atenção primária à saúde

Genogram and primary health care

*Genograma y atención primaria en salud*

Paula Antonelli Penteado<sup>1</sup> 

<sup>1</sup>Universidade Estácio de Sá – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

## Resumo

**Introdução:** Os determinantes da desigualdade dos padrões de saúde e doença da população estão atrelados ao contexto social no cenário do município do Rio de Janeiro. Na Atenção Primária à Saúde (APS), o uso de ferramentas de abordagem familiar, como o genograma, mostra-se um importante instrumento do reconhecimento do contexto e de suas redes de relações para proporcionar uma leitura e compreensão das dimensões dos processos de saúde e doença.

**Objetivo:** Este artigo tem como objetivo geral analisar os desafios e as potencialidades do uso do genograma como ferramenta de auxílio na APS. **Métodos:** Para alcançar o objetivo proposto, foram realizadas entrevistas com profissionais de saúde da APS no município do Rio de Janeiro, além de uma revisão bibliográfica sobre o uso do genograma em contextos similares. Os dados coletados foram analisados qualitativamente. **Resultados:** Os resultados indicam que, embora o genograma seja uma ferramenta valiosa para a compreensão das dinâmicas familiares e dos processos de saúde e doença, existem desafios significativos na sua aplicação, como a falta de treinamento adequado dos profissionais e a resistência de algumas famílias em compartilhar informações pessoais. **Conclusões:** Conclui-se que, apesar dos desafios, o uso do genograma na APS tem grande potencial para melhorar a compreensão dos contextos familiares e, conseqüentemente, a qualidade do atendimento. Recomenda-se a implementação de programas de capacitação para os profissionais de saúde e a sensibilização das famílias sobre a importância dessa ferramenta.

**Palavras-chave:** Genograma; Família; Saúde da família; Atenção Primária à Saúde.

### Autora correspondente:

Paula Antonelli Penteado

E-mail: paulaantonellipenteado@gmail.com.

### Fonte de financiamento:

não se aplica.

### Parecer CEP:

sim.

### TCLE:

sim.

### Procedência:

não encomendado.

### Editor associado:

Francisco Eduardo da Fonseca Delgado

### Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 10/12/2024.

Aprovado em: 15/05/2025.

**Como citar:** Penteado P. Genograma e atenção primária à saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2025;20(47):4621. [https://doi.org/10.5712/rbmfc20\(47\)4621](https://doi.org/10.5712/rbmfc20(47)4621)



## Abstract

**Introduction:** The determinants of inequality in health and disease patterns of the population are linked to the social context in the municipality of Rio de Janeiro, Brazil. In Primary Health Care (PHC), the use of family approach tools, such as the genogram, proves to be an important instrument for recognizing the context and its networks of relationships to provide an understanding of the dimensions of health and disease processes. **Objective:** In this article, we aim to analyze the challenges and potentialities of using the genogram as a support tool in PHC. **Methods:** To achieve the proposed objective, interviews were conducted with health professionals in PHC in the municipality of Rio de Janeiro, in addition to a bibliographic review on the use of the genogram in similar contexts. The collected data were qualitatively analyzed. **Results:** According to the results, although the genogram is a valuable tool for understanding family dynamics and health and disease processes, there are significant challenges in its application, such as the lack of adequate training for professionals and the resistance of some families to share personal information. **Conclusions:** We conclude that, despite the challenges, the use of the genogram in PHC has great potential to improve the understanding of family contexts and, consequently, the quality of care. It is recommended to implement training programs for health professionals and to raise awareness among families about the importance of this tool.

**Keywords:** Genogram; Family; Family health; Primary Health Care.

## Resumen

**Introducción:** Los determinantes de la desigualdad en los patrones de salud y enfermedad de la población están vinculados al contexto social en el municipio de Río de Janeiro. En la Atención Primaria de Salud (APS), el uso de herramientas de enfoque familiar, como el genograma, se muestra como un instrumento importante para reconocer el contexto y sus redes de relaciones, proporcionando una comprensión de las dimensiones de los procesos de salud y enfermedad. **Objetivo:** Este artículo tiene como objetivo analizar los desafíos y las potencialidades del uso del genograma como herramienta de ayuda en la APS. **Métodos:** Para alcanzar el objetivo propuesto, se realizaron entrevistas con profesionales de salud de la APS en el municipio de Río de Janeiro, además de una revisión bibliográfica sobre el uso del genograma en contextos similares. Los datos recopilados fueron analizados cualitativamente. **Resultados:** Los resultados indican que, aunque el genograma es una herramienta valiosa para comprender las dinámicas familiares y los procesos de salud y enfermedad, existen desafíos significativos en su aplicación, como la falta de capacitación adecuada de los profesionales y la resistencia de algunas familias a compartir información personal. **Conclusiones:** Se concluye que, a pesar de los desafíos, el uso del genograma en la APS tiene un gran potencial para mejorar la comprensión de los contextos familiares y, en consecuencia, la calidad de la atención. Se recomienda la implementación de programas de capacitación para los profesionales de salud y la sensibilización de las familias sobre la importancia de esta herramienta.

**Palabras clave:** Genograma; Familia; Salud familiar; Atención primaria de salud.

## INTRODUÇÃO

As famílias têm o poder de auxiliar no sucesso ou no fracasso dos tratamentos, além de no manejo e enfrentamento das ações apresentadas no processo de cuidado da saúde e doença.<sup>1</sup>

As experiências empíricas absorvidas durante meu período de formação e trabalho na rede pública foram cruciais para a construção deste artigo. O espaço considerável entre a necessidade da população, a oferta e o refinamento do serviço público, chama a atenção e fomenta a necessidade de pensarmos em cuidados mais eficazes na Atenção Primária à Saúde (APS). As dificuldades encontradas, tanto estruturais quanto pessoais, no dia a dia de trabalho, mostraram-me com mais ênfase a necessidade de intensificar e expandir a qualidade dos atendimentos. Profissionais com altas demandas, inúmeros pacientes e locais de trabalho precários tornavam, às vezes, o atendimento delicado e tenso, com pouco tempo e espaço para questionamentos e reflexões em relação à qualidade e ao aprofundamento das questões familiares tão relevantes no apoio ao tratamento de doenças e à manutenção de hábitos saudáveis na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Através da ferramenta do genograma — por se tratar de um dispositivo de extrema importância para a coleta de informações relevantes para o tratamento e a prevenção de doenças e manutenção da saúde da família na Atenção Primária na unidade familiar — pode-se obter informações que orientam os profissionais de saúde na escolha de propostas específicas para o tratamento de uma doença e auxiliam a família na resolução de suas questões.

## Atenção Básica

A Atenção Básica (AB) no Brasil, para Mendes,<sup>2</sup> é marcada pela descentralização e pela capilaridade. Deve ser o apoio preferencial dos usuários na área em que vivem e é a porta de interlocução com a Rede de Atenção à Saúde (RAS). A ESF, nesse sentido, tem a atenção centrada na pessoa, englobando família e comunidade, por isso deve levar em consideração a diversidade do território em que reside, abarcando cultura, religião e raça. A ESF é formada por equipes multiprofissionais, e seu processo de cuidado tem como base o vínculo com a população. No processo de trabalho na ESF, voltado para o cuidado do usuário e sua família, o contexto histórico e social é levado em consideração com bastante ênfase, pois ajuda a entender como o ambiente interfere na dinâmica do usuário e de seu núcleo familiar.

Segundo Mendes,<sup>2</sup> a mudança da atenção centrada no indivíduo para a centrada na família foi fundamental na atenção à saúde. O foco na orientação familiar direciona o trabalho clínico para uma população limitada a uma equipe da ESF, dentro do território específico, organizado socialmente no formato de famílias cadastradas com classificações próprias, para atendimentos clínicos com utilização das ferramentas de abordagem familiar. A APS tem sua história no sistema público de saúde do Brasil marcada por ciclos de desenvolvimento desde a segunda década do século XX, com a criação dos Centros de Saúde na Unidade de Saúde Pública até a formação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, possibilitando a expansão da APS. Depois de várias etapas, incluindo a implantação do Programa Saúde da Família, a APS chegou a uma dimensão quantitativa muito relevante, determinando o Ciclo de Atenção Básica à Saúde, que perdura até hoje.

Chapadeiro et al.<sup>3</sup> relatam que a inserção da família nas políticas públicas de saúde, decorrente de interesses do Estado, da sociedade civil e de organismos internacionais, na década de 1980, ganhou destaque. A compreensão de política pública passou pela preocupação do Estado com as demandas salientadas pela sociedade para combater problemas sociais. No período pós-guerra, em 1945, a família não era central nas discussões das políticas de saúde do Estado, que privilegiavam o indivíduo. Esse quadro começou a mudar nas últimas décadas do século XX, quando a família assumiu o papel de corresponsável pelo desenvolvimento dos indivíduos.

As questões que circundam a instituição família e seu funcionamento norteiam o contexto da estrutura familiar, ressaltando as demandas, as relações, as interações, os papéis, as normas e um leque de relações dos participantes desse núcleo, reafirmando o caráter complexo do sistema familiar. O estudo desse grupo social, por causa da complexidade de suas relações, é um problema no trabalho de pesquisa, pois há vários modelos familiares, com padrões de interação e comportamentos distintos, como relata Bowen,<sup>4</sup> que define família como uma mistura dos sistemas relacionais e emocionais. Sousa et al.,<sup>5</sup> por sua vez, definem esse termo como conjunto nuclear composto por pessoas habitantes do mesmo domicílio, representadas por um responsável. Já Mendes<sup>2</sup> considera a família como um sistema social complexo, de relações em constante transformação, pautadas nos ciclos de vida e aliadas a elementos internos, fazendo intercâmbio com o contexto social.

A atenção centrada na família trabalha com uma perspectiva que a inclui como marco de referência, colocando-a como parte importante e responsável pela manutenção e saúde do indivíduo. Considerando automaticamente as intervenções sistêmicas, a família torna-se a principal provedora de crenças e regras de comportamentos ligados à saúde. Na perspectiva de Nascimento et al.,<sup>6</sup> toda relação, principalmente a familiar, tem conflitos e necessita de um entendimento que englobe os contextos social, econômico e do ciclo de vida em que o indivíduo está vivendo. Acompanhar o cotidiano de uma família esclarece muitas situações conflituosas que afetam as mais variadas condições de saúde dos membros da família de modo individual.

Para Mendes,<sup>2</sup> a clínica na ESF, dentro dos cuidados primários, está diretamente relacionada com o uso de ferramentas de abordagem familiar, também conhecidas como *ferramentas da saúde da família*. Empréstadas da Psicologia e da Sociologia, elas têm como foco a formação da intimidade entre profissionais e famílias, proporcionando maior entendimento daquele núcleo único e complexo. Para Borges et al.<sup>7</sup>, existe a necessidade de estudos sobre o trabalho com o genograma na saúde pública e há relevância científica na proposta de preencher o espaço nos estudos sobre o genograma, buscando ressaltar quais são as contribuições da ferramenta na Atenção Básica à Saúde, podendo colaborar com as práticas em saúde e com o desenvolvimento de novas estratégias para a promoção da saúde.

O levantamento de artigos apontou lacunas de estudos sobre a aplicação prática, suas barreiras e potencialidades do genograma, ferramenta que pode ser aplicada a partir dos prontuários eletrônicos e/ou por meio de representações gráficas. O genograma pode auxiliar na superação das dificuldades de relacionamento entre os profissionais e os usuários da ESF, facilitando o tratamento do indivíduo, e na definição de ações e planejamentos referentes a investimentos de recursos na unidade de saúde. Os desafios e as potencialidades do uso do genograma na APS no município do Rio de Janeiro podem representar ferramentas de grande relevância na ESF, no tratamento e na prevenção de doenças e na manutenção da saúde, considerando o cuidado do indivíduo no contexto familiar e a influência que a família exerce sobre ele.

Para Talbot,<sup>8</sup> conforme ressaltado na revisão de literatura, a importância no trabalho com famílias está centrada na compreensão do modelo constituído por essa mesma família, ou seja, o conhecimento de seus hábitos, crenças e valores. Segundo Franco et al.,<sup>9</sup> existem situações especiais nas relações centradas no paciente, no seu contexto familiar, que favorecem ao profissional de saúde criar vínculos necessários com o usuário. Wagner et al.<sup>10</sup> relatam que o trabalho com famílias é dividido em etapas e que o início se dá a partir da ligação do profissional com a família, devendo a comunicação entre os profissionais e a família ser clara para a troca de informações essenciais de cuidado e melhores hábitos. Nessa perspectiva, o conhecimento das famílias locais torna-se indispensável para levantamento de informações para diagnóstico, intervenções, formulação de programas e decisões próximas à realidade daquele local, uma vez que as famílias têm o entendimento de seus pontos fortes e fracos, suas limitações e capacidades, e que a resolução da maioria dos problemas de saúde aliada ao estabelecimento e à manutenção da base populacional está entre algumas das principais funções da APS.<sup>1</sup>

As potencialidades ressaltadas pelos que utilizam o genograma são muitas, porém as dificuldades são menos pontuadas. Os registros de estudos com o genograma apresentam os resultados positivos do uso, mas não as dificuldades e limitações do processo. Na perspectiva de saúde integral, Borges et al.<sup>7</sup> ressaltam que as informações obtidas por meio dele, como a identificação dos aspectos de vida do grupo familiar, auxiliam na avaliação da saúde mental e na decisão sobre a intervenção ou prevenção da doença. Apesar de ser mais frequente constatar os benefícios do uso do Genograma na melhora dos relacionamentos entre profissionais e usuários, como observado por Athayde e Gil,<sup>11</sup> as dificuldades no trabalho com famílias utilizando essa ferramenta são consistentes. Borges et al.<sup>7</sup> relatam que profissionais com cargo de nível superior, mesmo conhecendo o genograma, demonstraram possuir conhecimento limitado para sua utilização de forma eficiente. Para implantar seu uso nas práticas rotineiras da ESF, torna-se necessário o investimento em recursos humanos e materiais.<sup>11</sup> A falta de conhecimento do recurso da ferramenta do genograma pode dificultar sua utilização de maneira produtiva, principalmente se for comparado com o tamanho da demanda na ESF.

## História e família

No início dos tempos modernos, ainda para Ariès,<sup>12</sup> a preocupação com a educação começa a ser levada em consideração. Uma verdadeira luta contra a desordem da sociedade medieval pelos partidários religiosos inicia uma mobilização social, deixando à mostra o lado moral da religião e reconhecendo a importância da educação. Inicia-se uma nova fase: a da escola. A escola livre passa a ser colégio controlado, e as ordens religiosas, fundadas por jesuítas ou oratorianos, se tornaram ordens dedicadas ao ensino essencialmente reservado às crianças e aos jovens, e não mais aos adultos. A nova forma de educação foi transformando a sociedade. A família deixou de ser uma instituição do direito privado para ser uma transmissora dos bens e dos nomes e assumiu uma função moral, espiritual e cuidadora das crianças e dos jovens no sentido físico e emocional. A ação de ter um filho passou a inspirar novos sentimentos, podendo ser nomeado de “o sentimento moderno da família”. A aprendizagem tradicional instalada da época foi substituída pela escola transformada, regida pela forte disciplina e protegida pela justiça e pela política. Ariès<sup>12</sup> ressalta o dever dos pais de enviar seus filhos desde muito cedo para o colégio, onde eles se tornariam os aprendizes de sua própria construção social. A família e a escola, juntas, removiam as crianças da sociedade dos adultos. No século XVIII, a família se reorganizava em torno da criança, “o muro da vida privada”. Nessa reorganização, a família começou a se distinguir na sociedade, ficando mais voltada à convivência com seus membros. A organização da casa passou a corresponder a esse novo modo de viver, protegido do exterior. A independência dos cômodos foi instalada, de forma que não havia mais camas espalhadas, passando a ser eram reservadas ao quarto de dormir, com espaços adequados para a higiene pessoal. A espacialização dos cômodos, surgida entre a nobreza e a burguesia, foi uma das maiores mudanças da vida cotidiana da época.<sup>12</sup>

Bowen<sup>4</sup> descreve família como “uma combinação de sistemas emocionais e relacionais. O termo ‘emocional’ se refere ao modo como se expressa. Este último compreende a comunicação, a interação e outras modalidades de relação”. Carter e McGoldrick<sup>13</sup> ressaltam que as influências externas podem atravessar os indivíduos e as famílias por meio de uma corrente de eventos estressores. O membro da família, como indivíduo, é resultante da herança genética e de suas experiências durante sua vida, podendo ser caracterizadas por suas aptidões e defeitos.

Família abrange todo um sistema emocional de quatro gerações, não se limitando ao núcleo familiar em si. São subsistemas emocionais, sempre respondendo aos relacionamentos passados, atuais e precipitando os futuros. As pessoas não conseguem modificar o fato de serem conectadas à teia dos laços familiares através de várias gerações. O ciclo de vida familiar é dividido em estágios, referentes aos movimentos dos membros de uma família: casamento, nascimento, acompanhamento dos filhos, saída dos filhos da casa dos pais, aposentadoria e morte. Em cada um, há uma trama de papéis para os membros da família.<sup>13</sup> Para nos aprofundarmos na compreensão de família, precisamos circundar o conceito que abrange o título “família” e observá-lo em seu contexto social. Wright<sup>14</sup> destaca que o funcionamento individual de cada membro participante do grupo familiar estabelece a forma de interação desses participantes e que qualquer alteração significativa que afete individualmente cada membro pode afetar ou refletir no grupo familiar.

A família está categorizada como instituição básica, como definem Carvalho e Almeida,<sup>15</sup> e tem como estrutura as relações de parentesco cultural e histórico. Com a análise das múltiplas configurações familiares feitas nas ciências sociais, a família é o centro de proteção e socialização de seus componentes, assegurando a transmissão da cultura interna e, ainda, a conexão entre o indivíduo e a sociedade. Somente na contemporaneidade, segundo Alves et al.,<sup>16</sup> a noção de família adquiriu nova conotação, como uma instituição múltipla e complexa. É a instituição social mais antiga e universal, com estrutura determinante dos papéis

sociais de seus participantes, buscando alternância entre poder e benefícios, conflitos e concordâncias. Na perspectiva de Alves et al.,<sup>16</sup> a instituição harmônica que aparece no imaginário social sobre família como lugar destinado a acolhimento e atendimento das necessidades de seus membros está distante do tipo predominante instalado na contemporaneidade. Para os autores, a instituição social possui uma estrutura fixa com papéis sociais definidos, alternando equilíbrio entre direitos, deveres, poderes e dependências. Segundo Chapadeiro et al.,<sup>3</sup> as famílias são permeáveis ao ambiente externo, sofrendo influências verticais, por intermédio dos sistemas, ou horizontais, por meio dos ciclos de vida.

Para Penteado,<sup>17</sup> novas questões surgem, outras tantas reaparecem e várias outras deixam de fazer sentido no quadro geral das mudanças processadas no contexto familiar, pois, por mais inusitadas que possam parecer certas expressões do indivíduo no grupo, ou mesmo do grupo em sua totalidade, elas certamente marcam as novas roupagens ou os diferentes arranjos e atualizações de experiências já vividas por outras gerações. Leonidas e Santos<sup>18</sup> ressaltam que a família representa uma unidade de interação formada por subsistemas caracterizados por aspectos psicológicos, físicos e biológicos, configurando o grupo maior com nome de família. Toda essa complexidade das relações familiares pode ser usada para a compreensão e o auxílio no tratamento de doenças e manutenção da saúde. O trabalho com famílias enriquece o entendimento do indivíduo, pois esta é considerada um grupo com um corpo único, com suas especificidades e funções particulares de cada microuniverso. No entanto, esses modelos familiares, dentro da multiplicidade de padrões existentes no contexto familiar hoje, não representam a diversidade da família no Brasil.

## Transmissão geracional

Todo o processo de transmissão geracional tem início antes do nascimento e da concepção da criança, pois toda a idealização da família já prepara esse lugar que será ocupado pelo bebê que será concebido.<sup>19</sup> O grupo familiar é o lugar para criação e desenvolvimento do indivíduo dentro do seu contexto. Segundo Andolfi et al.,<sup>20</sup> a necessidade de diferenciação do indivíduo se confunde com a necessidade de coesão com o grupo. Inicialmente, o indivíduo vive uma indiferenciação, depois ele busca a separação na tentativa de individuação para encontrar sua própria identidade. A família é a responsável pelo sentimento de pertencimento e diferenciação. O indivíduo se desenvolve dentro dessas relações familiares e, através dos conteúdos que serão transmitidos pela família, reconhece seu lugar dentro desse grupo.<sup>21</sup>

Para Cervený e Berthoud,<sup>22</sup> a transmissão de padrões interacionais aparece no contexto do sistema familiar. As gerações passadas são incluídas e podem ser alternadas na transmissão desses padrões. A autora resalta que o sistema atual de repetição de padrões de uma família retira do passado o que será reproduzido. Já Kaës<sup>23</sup> aponta que os pontos nodais da transmissão psíquica estão no lugar psíquico que é levado a se pensar como sujeito tanto de uma herança como do desvio, que ele assimila naquilo que recebe dos pais. A origem é o que nos escapa, aquilo de que estamos ausentes e que foge ao nosso controle no próprio movimento em que somos constituídos no e pelo desejo do outro e, maior ainda, de um outro que nos precede. O resultado da herança recebida e do processo de individualização é a soma para a formação do indivíduo singular, mas também pertencente a um grupo. Para a autora, a transmissão psíquica gira em torno do eixo das relações intergeracionais e implica a apreensão do sujeito por mais de um outro, ou seja, o sujeito do grupo se constitui como sujeito do inconsciente, segundo o funcionamento do próprio inconsciente no espaço intrapsíquico e a exigência de trabalho psíquico imposta à psique, devido à sua ligação com o intersubjetivo e à sua subordinação aos conjuntos dos quais o sujeito procede — família, grupos, instituições, massas.<sup>23</sup>

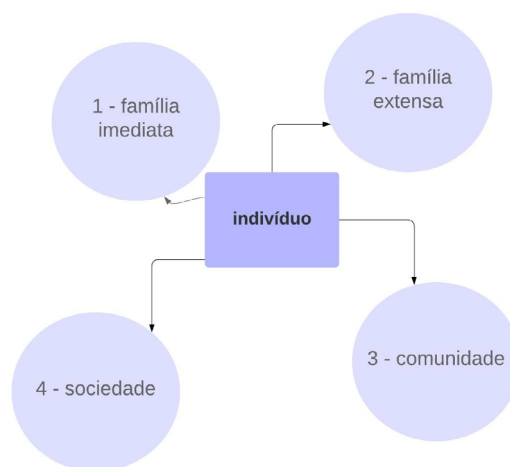
No processo de transmissão de valores e mitos familiares, as gerações anteriores delegam aos membros do sistema familiar um papel e um destino, atribuídos pelas leis familiares constituídas. Segundo Boszormenyi-Nagy e Spark,<sup>24</sup> cada família tem suas leis que são herdadas ao longo do ciclo de vida familiar. Os autores chamam esses conteúdos de “lealdades invisíveis”, pois são conteúdos que perpassam as gerações, muitas vezes sem serem nomeados explicitamente. Para Wagner et al.,<sup>10</sup> o indivíduo recebe uma idealização produzida antes do seu nascimento e acaba inserido em uma história já existente, tornando-o cativo da herança recebida.

Conforme Bacal et al.,<sup>25</sup> a família se torna um meio de transmissão da vida, do nome e sobrenome, da educação, do patrimônio, da cultura, da educação e até da profissão. Esse processo de transmissão é essencial para a construção da identidade da pessoa. Os conteúdos transmitidos pelas gerações familiares sustentam a continuidade do grupo familiar através do tempo. A transmissão geracional torna-se clara através do processo da recorrência dos moldes da família, instalando a continuidade e duração daquele grupo familiar. A questão familiar se torna mais complexa quando se trata de transmitir aos filhos a cultura dos pais e antepassados. Nesse momento é que os valores gravados ficam expostos e, conseqüentemente, os confrontos aparecem de forma mais acirrada. Além desse contexto, aparece o agravante da contemporaneidade, com um cenário de mais de um formato familiar, abrindo espaço para novos moldes a serem copiados e aprimorados e de situações diversas a serem assimiladas.<sup>17</sup> As regras familiares existem e são indispensáveis para ensinar a seus membros como estabelecer e solidificar o relacionamento entre eles, a forma que devem expressar suas emoções, o que é permitido e o que é proibido, como transmitir o legado dessa família para os membros seguintes, enfim, como pertencer a esse grupo familiar único. A transmissão psíquica consciente se dá através da linguagem e do afeto, e a transmissão inconsciente se dá através da relação entre os sujeitos do mesmo grupo. A diferenciação pode ser maior ou menor em relação ao grupo e vai depender do processo de construção da subjetividade desse sujeito. O processo de nos diferenciarmos de nossas matrizes pode ser doloroso e, às vezes, impossível. Há a tendência de “colarmos” nas famílias e a ela nos igualarmos, podendo ser através de nome, sobrenome, heranças biológicas e genéticas e, ainda, de heranças familiares carregadas de informações. A forma de transmissão torna-se evidente através da repetição dos padrões familiares, e é nessa condução de valores que reside a sobrevivência e a perpetuação da família.<sup>26</sup>

## **Relações e funções familiares no contexto sociocultural**

Conhecer uma família significa analisar o cenário em que ela habita e as influências recebidas desse contexto. As pessoas são resultado da sua carga genética e do ambiente. Carter e McGoldrick<sup>13</sup> afirmam que a influência da família mais próxima sobre o ser humano é categorizada como vertical, expressada no nível de escolaridade dos pertencentes daquele núcleo como forma de se relacionar. Esse mesmo indivíduo e sua família próxima estão também sob a influência da família extensa, especificados como primos, tios, avós, bisavós e todos os outros elementos que participam na família. Para as autoras, o sistema emocional da família se expande até quatro gerações, conforme representado na Figura 1.<sup>13</sup>

A rede familiar ultrapassa os limites domésticos, e as relações familiares perpassam o tempo através das gerações. Os ciclos de vida são importantes na construção da identidade do indivíduo. As formações iniciais dos ciclos de vida são fases, como define Fortes<sup>27</sup>: o casamento, a expansão com nascimento dos filhos e o declínio marcado com a saída dos filhos para a formação de novos núcleos. Porém, como explica Peixoto,<sup>28</sup> o desenrolar de cada família é mais complexo que o descrito, pois as etapas dos ciclos



**Figura 1.** O indivíduo e suas influências<sup>13</sup>.

não estão tão claras atualmente. As configurações sociais e econômicas ajudaram no processo de pouca delimitação de inícios e términos dos ciclos familiares, tornando complicado estabelecer padrões limitantes.

A família, apesar de estar ancorada no processo de parentalidade, assume configurações distintas, marcando a passagem pelas etapas, independente da estrutura formada. A reestruturação após cada passagem de etapa para manutenção da estabilidade familiar é o que marca o desenvolvimento familiar funcional.<sup>13</sup> Para Walsh,<sup>29</sup> a família é um sistema que muda conforme o tempo passa. Atravessa várias fases, sempre em movimento, atreladas às etapas da vida e relacionando-se de forma intergeracional. As etapas do ciclo de vida familiar são divididas em fases de desenvolvimento, com papéis e ocupações pré-definidos, reunidos em 8 estágios:

- Estágio I – fase em que se inicia a vida do casal;
- Estágio II – período em que as famílias têm filhos pequenos;
- Estágio III – famílias com pré-escolares;
- Estágio IV – famílias com filhos em idade escolar;
- Estágio V – famílias com adolescentes;
- Estágio VI – famílias como centro de partida;
- Estágio VII – casais de meia-idade;
- Estágio VIII – famílias na terceira idade<sup>30</sup>.

Walsh<sup>29</sup> ressalta que o ciclo de vida familiar e o impacto que ele gera no ser humano não eram levados em consideração. Uma perspectiva ampla desse ciclo fornece dados para os profissionais da saúde projetarem o desenvolvimento dos pertencentes do grupo familiar de forma mais concreta e com possibilidades maiores de resultados saudáveis. A importância dos laços e das configurações familiares é essencial para o entendimento do papel do indivíduo dentro daquela família. A adequação do contexto social atual também é muito relevante na leitura da família, pois, além de o ciclo familiar mudar, o entorno social cultural também muda. O que tínhamos como “normal” não se adequa mais e, somado à velocidade e à quantidade de informação, os parâmetros estão mais fluidos, resultando na relatividade das normas para os ciclos de vida. O desafio da família está nessa reorganização e busca da estabilidade para alcançar as novas etapas no ciclo de vida. Quando algo se desestrutura e o contexto familiar não consegue se reerguer por si só, há a necessidade de participação externa. Ao buscar novas saídas, a família se depara com várias possibilidades de contorno, e as ferramentas de abordagem familiar são pertencentes a esse contexto.

Para Penteado,<sup>26</sup> a junção dos fatores individual, familiar, hereditário e sociocultural forma o ser humano. Os fatores familiares/hereditários estão relacionados com os mecanismos de transmissão intrafamiliares, quando se misturam com as heranças/transmissões pela via biológica, como a herança genética, bem como aqueles que são resultantes de padrões relacionais de interação familiar, cujas raízes estão na história dos membros de uma mesma família e nos mecanismos de construção narrativa familiar transgeracional. Finalmente, os fatores socioculturais são valores e concepções socialmente partilhados que constroem e sustentam o meio em que vive o indivíduo. Nesse sentido, são decisivos na forma de se apresentar e interagir.

## A atenção primária e a saúde da família

O conceito de trabalho com famílias acontece no formato de intervenções pontuais e variadas durante período indeterminado.<sup>8</sup> Gomes<sup>30</sup> relata que a importância do trabalho com a família está no entendimento do modelo constituído por essa família, incluindo seus hábitos, crenças e valores. Para Franco et al.,<sup>9</sup> há situações especiais nas relações centradas no paciente, em seu contexto familiar, que propiciam ao profissional de saúde criar vínculos importantes com o usuário. Essas situações podem ser muito ricas e devem ser exploradas, como, por exemplo, o momento do cadastro, as informações sobre o ciclo de vida da família, o comportamento da família em situações críticas e as doenças apresentadas no contexto familiar. Segundo Wagner et al.,<sup>10</sup> o trabalho com famílias é dividido em etapas, e o início se dá a partir da ligação do profissional com a família. Após o primeiro momento, a etapa seguinte pauta a avaliação objetiva da questão, do funcionamento do grupo e do modo de operar da família. A comunicação entre os profissionais e a família deve ser clara para a troca de informações essenciais de cuidado e melhores hábitos.

A resolução da maioria dos problemas de saúde aliada ao estabelecimento e à manutenção da base populacional está entre algumas das principais funções da APS. Nesse contexto, o conhecimento das famílias locais torna-se indispensável para o levantamento de informações para diagnóstico, intervenções, formulação de programas e decisões próximas à realidade daquele local, uma vez que as famílias têm o entendimento de seus pontos fortes e fracos, de suas limitações e capacidades.<sup>1</sup> McDonald et al.,<sup>31</sup> através de um conceito próprio, apontam o usuário como corresponsável pela construção e manutenção de suas ações relacionadas ao cuidado. Reconhece, ainda, que a coordenação do cuidado é a articulação entre os setores, serviços prestados e ações na atenção à saúde e tem significado distinto para os atores participantes, mas independe da região onde está sendo aplicada, desde que esteja interligada à prestação do serviço.

A instalação e a formação do SUS são marcadas pelos contextos políticos e econômicos nacionais e internacionais até sua formação atual. Giovanella et al.<sup>32</sup> apontam as suposições e estratégias relacionadas à proposta de cobertura universal de saúde e as diferentes concepções de universalidade para pontuar as experiências de países com combinações de seguros privados e sociais que não superam a força de sistemas públicos universais de saúde. Nesse sentido, Rodrigues<sup>33</sup> aborda o contexto da concepção da reforma sanitária e a construção do SUS na passagem da política brasileira do militarismo para a democracia e pontua os desafios políticos para a consolidação do sistema. Paim<sup>34</sup> fala sobre sistemas e reformas setoriais em saúde, tendências orientadas para o mercado e obstáculos no desenvolvimento do SUS. Todos esses autores contextualizam o nascimento e a instalação do SUS, levando em consideração as mudanças políticas e econômicas atravessadas no processo de estabelecimento do sistema adotado no Brasil.

A organização da construção do conhecimento e a implementação das práticas e formulação de políticas no setor de saúde se deram através de múltiplos aspectos entrelaçados. A prestação de serviços

públicos teve alternância no decorrer do contexto histórico. Segundo Aguilera Campos et al.,<sup>35</sup> a instalação da rede permanente de postos e Centros de Saúde (CS) no Brasil ocorreu antes da constituição do campo da APS. Ainda para os autores, as ações de Saúde Pública (SP) eram realizadas com caráter filantrópico até a década de 1910, através de intervenções no ambiente, sempre voltadas para o coletivo, pois não existiam estabelecimentos específicos. Os primeiros locais públicos adequados tinham como objetivo agir no controle de doenças e eram destinados a prestar assistência de forma permanente à população. Nesse período, o governo sentiu a necessidade de constituir um corpo técnico para abranger novas funções. Em 1923, com a Reforma Carlos Chagas, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), com as atribuições de promover o saneamento rural e urbano, a higiene infantil, industrial e profissional, a supervisão e a fiscalização da saúde dos portos e o combate às endemias rurais.<sup>35</sup>

Muito esforço foi colocado no tema do desenvolvimento da saúde, mas ainda estava longe de conseguir resultados suficientes para atendimento da população. Segundo os mesmos autores, quando a cidade do Rio de Janeiro passou a ser a capital do estado, em 1974, ressurgiu a Secretaria Municipal da Saúde, mantendo os princípios e as funções. Já no período de 1979 a 1985, deu-se o início da implantação de uma política extensa de serviços de saúde com inspiração na Conferência de Alma-Ata. As Ações Integradas de Saúde, de 1984, impulsionaram os governos municipais a reaverem o papel de prestador de serviço de saúde. Foram criados serviços com o nome de Unidades Auxiliares de Cuidados Primários à Saúde (UACPS) e Unidades Municipais de Atendimento Médico Primário (UMAMPS). Essa expansão da rede básica serviu para evidenciar a relevância do atendimento ambulatorial. A descentralização da gestão do SUS, entre 1988 e 1999, enfatizou a promoção da saúde e a prevenção de doenças.<sup>35</sup>

A proposta central foi a criação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1993, inicialmente direcionado para populações de maior vulnerabilidade. Gradualmente, através de experiências bem-sucedidas, houve aumento de adesão dos municípios e apoio popular. O PSF começou a receber recursos diferenciados, facilitando sua expansão, e o modelo passou a ser conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF), ampliando a ação da saúde pública. Segundo Pinto e Giovanella,<sup>36</sup> a organização da APS no Brasil, desde 1994, tem como modelo de assistência a ESF, antes chamada PSF, com a proposta de ser o primeiro contato dos pacientes no sistema de saúde.

Para alcançar um resultado integrado e efetivo, a completude do cuidado é indispensável, pois contorna as necessidades de saúde dos usuários do sistema. O cuidado fragmentado é um dos vilões da baixa qualidade na atenção, dos altos custos, das duplicidades de informações e dos procedimentos diagnósticos, da utilização conflitante de planos e de medicamentos terapêuticos, entre outros.<sup>37</sup> Para garantir a coordenação do cuidado de forma produtiva, é necessária a organização de ações como a definição de metas compartilhadas para o sistema de saúde, incluindo os três níveis primário, secundário e terciário; adequação dos esquemas de pagamento e alocação dos recursos; seleção das ferramentas de comunicação entre os profissionais; construção de uma cultura comum e de lideranças para as equipes e reforço da APS como base do sistema.<sup>37</sup>

## **Saúde da família e as ferramentas de abordagem familiar**

Em termos sociais, pode-se observar um conjunto de modificações importantes da sociedade que não recebe certos padrões autoritários e definidos quando são ultrapassados os limites dos direitos estabelecidos individualmente. Essas mudanças sociais são representantes também das mudanças de papéis e estratégias familiares. As concepções e avaliações de comportamentos estão se alterando,

resultando numa diversificação de estruturas e papéis familiares, valorizando o grupo familiar como protetor de indivíduos, descolado do conceito tradicional de família. As transmissões familiares contam também com o entorno, como as redes de apoio, expandindo, assim, a fonte de informações e de proteção. Essas redes englobam parentes fora do núcleo familiar, vizinhança e poder público, com sistemas educacional, assistencial e de saúde, incluindo a ESF, que representa um tentáculo da atuação pública.<sup>38</sup>

Os avanços na compreensão da importância da família no tratamento do indivíduo têm ganhado destaque, e a ESF é traduzida como reorientação do modelo de assistência atuante nas equipes multiprofissionais nas unidades de saúde. As equipes de saúde da família, dentro da ESF, são formadas por profissionais de áreas distintas, caracterizadas por equipes multiprofissionais, com o intuito de reorganizar a atenção básica no país, segundo a determinação do SUS. São responsáveis por cerca de 3.000 a 4.000 pessoas, respeitando os critérios de equidade e considerando o grau de vulnerabilidade das famílias. As equipes são formadas por médicos generalistas ou especialistas em Saúde da Família, médicos de Família e Comunidade, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários, dentistas e técnicos em saúde bucal.<sup>38</sup>

Para Hemfelt et al.,<sup>39</sup> é essencial o conhecimento do aspecto social da comunidade referente daquela família em tratamento pelos profissionais de saúde para adequação das possibilidades de suporte dentro do contexto social instalado, pois, nesse espectro social a ser dominado, estão a história da comunidade; organização e movimentos sociais locais; líderes e representantes comunitários; serviços públicos disponíveis; escolas; igrejas; espaços de lazer; áreas de risco, entre outros. O domínio dessas informações ajuda na compreensão do contexto da família, dando ferramentas para o profissional entender as singularidades do processo.

Ressaltando a família como centro de importância da ESF, para Cecagno et al.,<sup>40</sup> ela é lida por múltiplas definições e conceitos, sendo vista ainda por perspectivas distintas, o que torna o trabalho com o grupo familiar algo complexo, isto é, exige dedicação, atenção, capacidade e maleabilidade para estabelecer uma relação de vínculo. Em consequência dessas questões, torna-se essencial o conhecimento das problemáticas sociais. Fonseca<sup>41</sup> ressalta que existe uma necessidade de mergulhar no tema “o que é família” para situar esse grupo como foco central de intervenção. O processo de intervenção no grupo familiar demanda um questionamento de estratégias mais refinadas, que contam com as informações contextuais do grupo no seu território, além da comunicação direta dos atuantes diretos na ação da intervenção com a população específica. A autora afirma que, de uma perspectiva espacial, as redes de parentesco ultrapassam a ligação sanguínea, deixando os grupos familiares mais amplos e complexos.

Segundo Starfield,<sup>1</sup> a abordagem familiar é um dos princípios da APS e orienta a equipe de saúde a conhecer os membros da família e suas questões. A compreensão dos padrões de saúde das famílias proporciona um avanço relevante para a possível intervenção contextualizada naquele conjunto. Por isso, as ferramentas de abordagem familiar são efetivas e auxiliam no trabalho com as famílias, pois, através dessas ferramentas, pode-se visualizar as dinâmicas familiares, os relacionamentos intrafamiliares e os padrões com mau funcionamento, permitindo intervenções pertinentes e cabíveis para o momento. Conhecer a família é importante para a avaliação e tomada de decisão do diagnóstico e possíveis intervenções conectadas à realidade daqueles grupos sociais.

As metas dos sistemas de saúde são otimizar a saúde populacional com o conhecimento das causas das enfermidades e minimizar as disparidades entre os grupos populacionais para não haver vantagens de alguns grupos ao acesso aos serviços de saúde.<sup>1</sup> Uma das características da ESF, segundo Borges et al.,<sup>7</sup> é sua forte atuação na comunidade, sempre levando em conta o trabalho próximo da família e as relações sociais, econômicas e políticas que atravessam a história do usuário da Atenção Primária. Nesse sentido, o uso do genograma, foco deste trabalho, é um dos instrumentos contribuintes para o entendimento do

contexto familiar concreto e atual, permitindo maior acesso e conhecimento das informações relevantes sobre as famílias para que as equipes de saúde da ESF tenham um acompanhamento e façam possíveis intervenções de qualidade dentro do processo de cuidado.

Segundo Chapadeiro et al.,<sup>3</sup> a literatura aponta algumas ferramentas de abordagem familiar utilizadas no trabalho com famílias na APS, como o *Problem, Roles and Structures, Affect, Communication, Time in Life, Illnesses in Family Coping with stress, Environment or ecology* (PRACTICE), o *Fundamental Interpersonal Relations Orientation* (FIRO), o APGAR familiar, os mapas de rede ou ecomapas e o genograma. Conforme Lacerda et al.,<sup>42</sup> a ferramenta do PRACTICE auxilia na avaliação familiar e em possíveis intervenções. A tradução da representação do nome PRACTICE é formada por *problem; roles and structure; affect; communication; time in life; illness in family past and present; coping with stress; environment/ecology*, com o significado em português de: problema; papéis e estrutura; afeto; comunicação; tempo no ciclo de vida; doenças na família; lidar com estresse e meio ambiente, como exemplificado no Quadro 1, a seguir. No contexto de abordagem familiar, as ferramentas utilizadas, como o PRACTICE, possibilitam a discussão sobre as questões levantadas e possíveis soluções para adaptação dos membros familiares às situações apresentadas.<sup>43</sup> A forma de utilização inclui entrevista familiar com o intuito de coletar informações para possíveis intervenções nos casos apresentados, incluindo dados comportamentais, médicos e relacionais. Para Fernandes e Curra,<sup>44</sup> o PRACTICE é empregado em casos mais complicados, sendo utilizado para direcionamento de avaliação do funcionamento familiar. Objetiva a resolução dos problemas mostrando as várias faces que originam as questões apresentadas.

**Quadro 1.** Acrônimo do nome da ferramenta PRACTICE.

P – Problem	Problema apresentado
R – Role and structure	Papéis e estrutura
A – Affect	Afeto
C – Communication	Comunicação
T – Time in life	Tempo no ciclo de vida
I – Illness in family	Doenças na família, passadas e presentes
C – Coping with stress	Lidando com o estresse
E – Environment or ecology	Meio ambiente ou ecologia

Fonte: Adaptação do nome da ferramenta, feita pela autora, baseada na literatura pesquisada.

O FIRO (*Fundamental Interpersonal Relations Orientation* — Orientações Fundamentais nas Relações Interpessoais), por sua vez, é utilizado para avaliação dos sentimentos dos membros participantes do grupo familiar, observação das relações cotidianas e vivências relacionais dos familiares. Engloba a compreensão das interações cotidianas, avaliação das mudanças no ciclo de vida da família, alterações conjugais, surgimento e instalação de doenças, patologias graves e membros com doenças terminais. As relações familiares são apresentadas nas dimensões de intimidade, controle e inclusão, que podem ser vistas como relações de afeto, poder e comunicação.<sup>3</sup>

Segundo Silva et al.,<sup>45</sup> o instrumento APGAR foi desenvolvido para estimar o nível de funcionalidade de uma família, independente da fase do ciclo de vida dos membros familiares. Consegue, através de questionários, detectar as disfunções nos sistemas familiares e reorganizar o equilíbrio dos membros participantes. O nome APGAR é resultado de *adaptação* (*adaptation*) — compreende recursos familiares

disponíveis na assistência —; de *companheirismo (partnership)* — remete à correspondência nas comunicações da família e na resolução dos problemas —; *desenvolvimento (growth)* — relativo à facilidade de mudança de papéis e desenvolvimento emocional da família —; *afetividade (affection)* — corresponde às interações emocionais e à intimidade dentro do grupo familiar —; e *capacidade resolutive (resolve)* — ligada à determinação, decisão e resolutividade familiar. É empregado na prática clínica na ESF por ser uma ferramenta capaz de facilitar a observação e análise dos grupos familiares.

O genograma faz a representação gráfica da família com a representação dos membros familiares, padrões de relacionamento e suas doenças, podendo expandir para dados que interessem à família e ao profissional que o aplica, permitindo a reflexão sobre as questões familiares e as formas de enfrentamento de possíveis problemas.<sup>3</sup> Para Mendes,<sup>2</sup> a utilização de ferramentas de abordagem familiar, como o genograma, no trabalho das equipes pode ajudar a percepção destes profissionais sobre as necessidades, dores, ansiedades, demandas e potências das famílias. Compactuando com essa perspectiva, Silva et al.<sup>43</sup> explicam que os profissionais de saúde, no objeto de seus cuidados, entendem o valor da família para a construção do cuidar apesar de terem uma prática mais voltada para o individual.

Como ressalta Sarti,<sup>46</sup> a falta de foco na família e nas ferramentas de abordagem familiar, no modelo de atenção à saúde e nas tomadas de decisão diárias da ESF, somadas à falta de noção de comunidade, abrem um espaço nocivo que impossibilita as ações em torno da saúde centradas na família e seu contexto. O acolhimento da família e seu contexto, bem como a utilização de ferramentas de abordagem familiar como central na formulação de ações, enfrentamento de doenças e cuidado com a saúde são a base do cuidado na APS.

Athayde e Gil<sup>11</sup> afirmam que, no processo de criação de vínculo entre os membros da família e os profissionais da saúde, o genograma tem participação importante, pois, para sua construção, ele conta com a participação da família, sendo, assim, um instrumento de apoio para os profissionais da ESF. Para Mello et al.,<sup>47</sup> o genograma expande o entendimento do grupo familiar, resultando em ampliação das formas de intervenção. Assim, os profissionais das equipes de saúde da família conseguem assimilar os padrões relacionais produzidos ao longo das gerações, que são muito influentes no processo de saúde-doença.

Segundo Machado et al.,<sup>48</sup> a formulação das direções de ações que buscam a prevenção de doenças e a promoção de saúde formatadas pelos profissionais das equipes de saúde estão apoiadas nos elementos oriundos do exercício do genograma. A família tem a oportunidade de observar os próprios membros como pertencentes de um grupo maior, responsável pelo processo de apoio na produção e manutenção de doenças, bem como na promoção da saúde.

As redes de apoio são relações que interligam os grupos, as pessoas e as instituições a um sujeito. Para Camilo et al.,<sup>49</sup> essas redes são fundamentais para o contorno e a proteção do indivíduo, pois este tem como essencial para sua sobrevivência as relações interpessoais, que atuam diretamente no próprio bem-estar e nos aspectos psicoemocionais. As redes de apoio são decisivas para os sujeitos expostos a confrontos e situações complicadas, conseguindo como resultado positivo a diminuição do sofrimento, bem como o alicerce para o enfrentamento dos problemas. Pode-se ressaltar a importância de os profissionais de saúde serem os primeiros aptos a detectar famílias vulneráveis com necessidades de suporte.

Os mapas de rede ou Ecomapas são a representação gráfica dos membros familiares com todos os sistemas sociais que circulam aquele grupo familiar. Representam a rede social da família e o desenho complementar do genograma, compreendendo a estrutura e a composição relacional da família e a interação com o meio que a cerca. Utilizam-se na composição todos os suportes da família, como igrejas, comunidades, vizinhos e todo apoio familiar. As famílias que têm conexões mais enfraquecidas entre seus pertencentes e a comunidade são as mais necessitadas de atenção das equipes de Saúde da Família.<sup>3</sup>

A utilização de ferramentas de abordagem familiar, como o genograma, na APS dá suporte e contorno nos atendimentos, facilitando a relação tanto da equipe quanto do profissional com o usuário do sistema de saúde. As histórias, formas de relacionar experiências do passado, são a fonte de informação para leitura do modo de funcionamento do grupo familiar, que, por sua vez, fornece os elementos especiais, levando a qualidade do atendimento da ESF a um nível superior, de maior atenção e cuidado.<sup>50</sup>

As funções da APS, para Viegas,<sup>51</sup> estão voltadas para a resolução dos problemas de saúde da população específica de cada território, delimitado com coordenação das equipes multiprofissionais de saúde. Santos et al.<sup>50</sup> relatam que a qualidade do atendimento do usuário do sistema de saúde depende da dinâmica do entendimento da estrutura familiar e seu contexto. É nesse lugar específico que estão as informações mais relevantes para a compreensão da formação familiar que carrega toda a história capaz de contar quem são os integrantes daquele grupo. O uso de ferramentas das abordagens dos sistemas familiares, como o genograma, serve para compreender as variadas interações que estão presentes nas relações entre os pertencentes de um núcleo familiar.

## **Genograma como ferramenta na Atenção Primária: aprofundando o conhecimento**

O termo “familiograma” é mais conhecido na área médica por ser utilizado em diversas disciplinas, incluindo a genética, para identificar os problemas hereditários. É considerado instrumento imprescindível na clínica familiar. Outros termos como “árvore genealógica”, “genograma” e “árvore familiar” também são adotados nas áreas de psicologia, assistência social e terapia familiar para nomear o familiograma.<sup>52</sup> A escolha pelo termo “genograma” nesta dissertação se dá pelo meu percurso na psicologia e terapia de família, áreas onde o termo é mais difundido que o familiograma, porém, ambos representam a mesma coisa.

O genograma familiar, como explicado, é uma forma de representação gráfica do desenho da família muito utilizada na APS. Pode-se considerá-lo uma ferramenta que ajuda a família a expressar suas questões e demandas, pois o funcionamento físico, social e emocional dos pertencentes ao grupo familiar é interligado.<sup>53</sup> Nessa ferramenta, observa-se o mapa gráfico da família, junto com seu padrão e história, segundo McGoldrick e Gerson.<sup>54</sup> Para Nichols e Schwartz,<sup>55</sup> por sua vez, esse instrumento tem como principal função organizar os dados da família e acompanhar os movimentos relacionais durante o processo de avaliação. Utilizado como forma de estímulo para adesão da família ao tratamento, para McGoldrick e Gerson,<sup>54</sup> o genograma levanta as dificuldades e possibilidades dos participantes, ressalta os padrões relacionais e identifica a família extensa, podendo clarear a identificação da questão para a qual a família busca tratamento. Representa graficamente o padrão e a estrutura das várias formas de relações familiares. Assim, identificar a estrutura familiar e o padrão existente na relação é a característica básica do genograma, pontuando as patologias e os atritos existentes no conjunto familiar e mapeando e ampliando o conhecimento sobre a família.<sup>50</sup>

Segundo Nichols e Schwartz,<sup>55</sup> tem como principal função organizar os dados da família e acompanhar os movimentos relacionais durante o processo de avaliação. McGoldrick e Shibusawa,<sup>56</sup> por sua vez, pontuam que o genograma é uma estrutura de compreensão do formato relacional da família de forma simples e direta. Para Santos et al.<sup>50</sup> o adoecimento de um indivíduo provoca interferência no contexto familiar, por isso a importância do levantamento de dados no tratamento do paciente. A ferramenta proporciona acesso a informações específicas sobre a conexão do núcleo familiar e o ambiente em que a família habita, com particularidades que provavelmente não seriam acessadas de outro modo.

Athayde e Gil<sup>11</sup> ressaltam que a participação dos membros familiares na construção do genograma colabora para a criação do laço entre o profissional de saúde e a família, fortalecendo a relação e



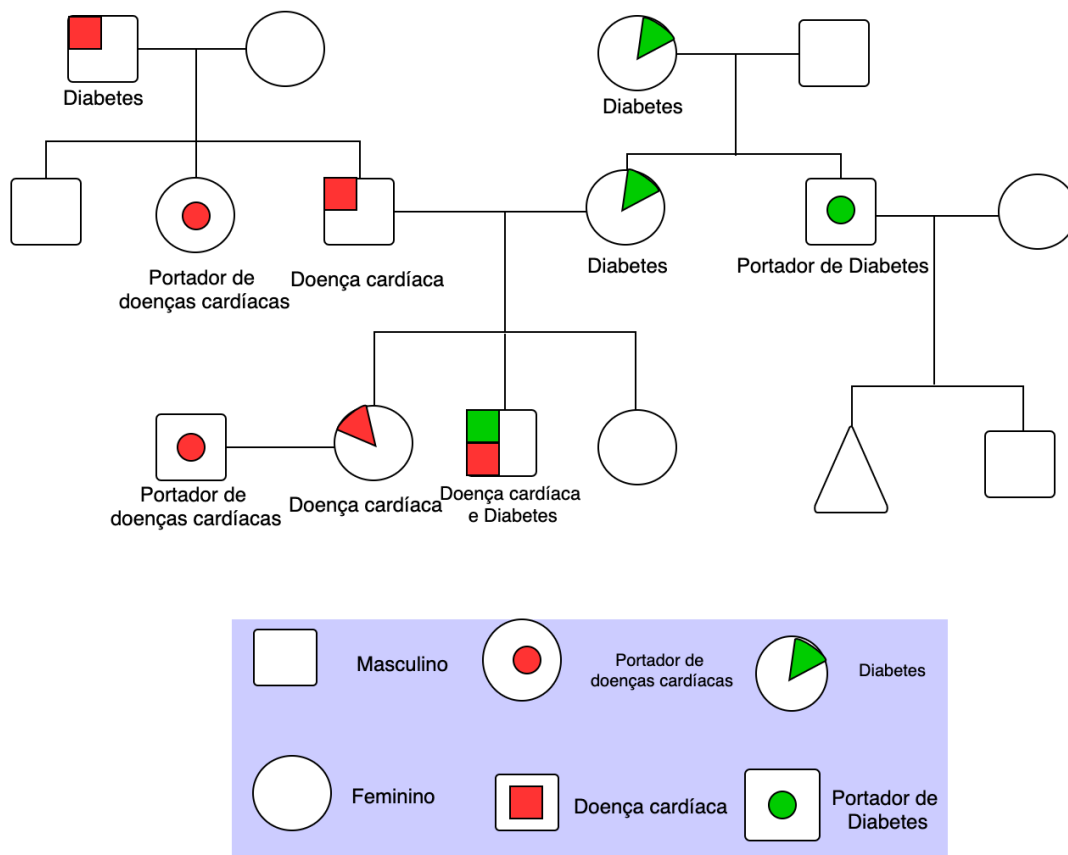


Figura 3. Exemplo de genograma mapeando diabetes e doença cardíaca.<sup>57</sup>

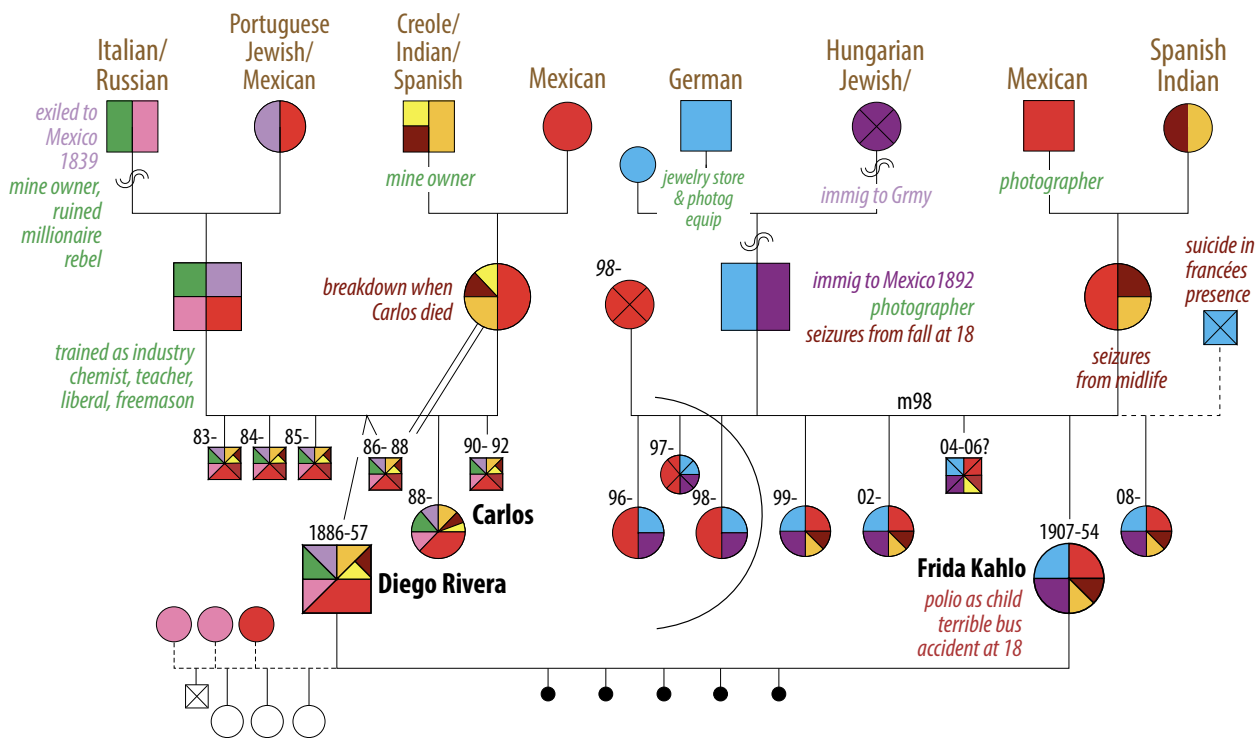
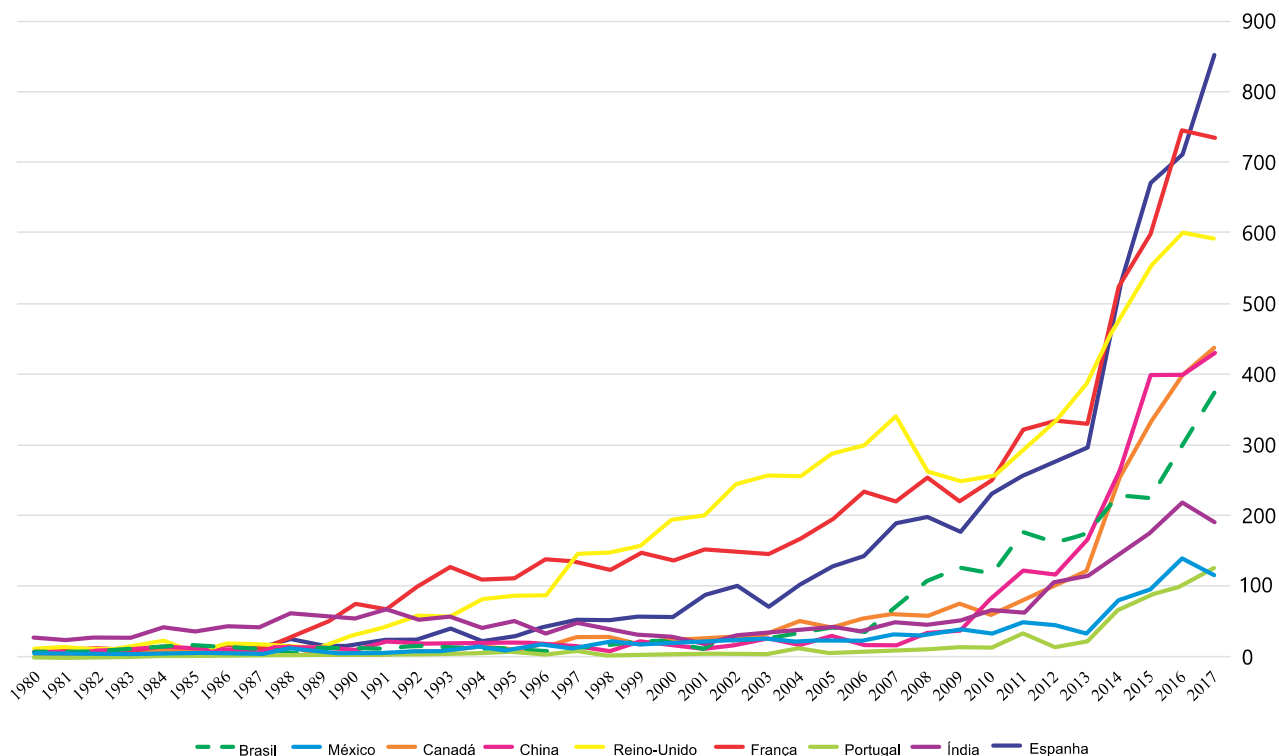


Figura 4. Exemplo de genograma da família de Frida Kahlo.<sup>58</sup>

Considerando os exemplos apresentados, toda relação familiar tem suas questões e precisa ser olhada através de lentes que enxerguem o ciclo de vida com seus contextos social e econômico do momento observado. Aprofundar o conhecimento sobre o dia a dia de uma família clareia as situações conflituosas que interferem nas condições de saúde dos membros da família de modo individual.<sup>6</sup> O trabalho da atenção centrada na família coloca como vital a manutenção e saúde do indivíduo em seu contexto familiar pois, sistemicamente, a família é a principal marcadora das crenças e regras de comportamentos diretamente ligados à saúde.

Para Macinko e Mendonça,<sup>59</sup> existe um número crescente de estudos publicados, no âmbito nacional e internacional, em relação à expansão da ESF. Segundo o gráfico representado (Figura 5),<sup>59</sup> as publicações científicas aumentaram de forma significativa a partir de 2007 e 2008, incluindo no Brasil. Esse cenário conta também com o crescimento da ESF, tendo as publicações ordenadas com os termos APS/Atenção Básica no Brasil crescido após a implantação, em 2006, da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), conforme demonstra a Figura 5.



Obs.: Gráfico colorido pela autora.

**Figura 5.** Artigos publicados com os termos “atenção primária” ou “atenção básica” no título, por países selecionados (1980-2017).<sup>59</sup>

A busca do desenvolvimento desta dissertação esteve apoiada na necessidade de estudos sobre o trabalho com o genograma na saúde pública, constatação essa marcada por Borges et al.<sup>7</sup> Existe uma distância nas publicações científicas confrontada com a proposta de preencher o espaço nos estudos sobre o genograma e suas contribuições como ferramenta na Atenção Básica à Saúde. Também, a revisão de literatura mostrou lacunas nos estudos sobre a aplicação prática, barreira e potencialidade da ferramenta do genograma no cotidiano dos profissionais de saúde.

## MÉTODOS

Este é um estudo descritivo, transversal e quantitativo/qualitativo. O campo de estudo das Ciências Sociais faz parte da Saúde Coletiva como componente de grande relevância e busca entender e interpretar os fenômenos sociais a partir de leituras diversas dos campos da epistemologia e metodologia variadas. Para Minayo et al.,<sup>60</sup> sempre existiu, do ponto de vista antropológico, a preocupação do ser humano com o conhecimento da realidade. Apesar do campo científico ser permeado por contradições e conflitos, a ciência é a provedora de critérios e verdades da atualidade.

O objetivo da pesquisa qualitativa, segundo Proetti,<sup>61</sup> é a descrição e o entendimento do fenômeno pertencente a um contexto específico, sem aprofundamento nas explicações e nem antecipações. O objeto de estudo da pesquisa qualitativa está na origem dos fatos e objetiva mostrar os resultados de forma coerente e lógica. A compreensão dos fatos investigados deve ocorrer no contexto em que eles acontecem, e, nesse sentido, a pesquisa qualitativa também é considerada pesquisa subjetiva, remetendo à ideia de singularidade e especificidade do sujeito observado.

A pesquisa quantitativa se concentra em dados numéricos e a qualitativa em palavras. O método quantitativo é conclusivo, quantifica um problema para entender a dimensão dele através dos números. Os métodos de pesquisa quantitativa, de modo geral, são utilizados quando se pretende medir questões como hábitos, atitudes, opiniões e reações, entre outras, de um ambiente específico através de uma amostra colhida para se comprovar estatisticamente, porém, podendo ter indicadores qualitativos, como descreve Günther.<sup>62</sup> Neste estudo foi realçado o uso das frequências para descrição e análise das respostas obtidas.

O artigo em questão se desenvolveu propondo investigar a utilização do genograma na APS, por meio da visão de docentes do Instituto de Educação Médica (IDOMED) da Universidade Estácio de Sá (UNESA), do Rio de Janeiro.

### Cenário de estudo

Na perspectiva de Lima,<sup>63</sup> o Rio de Janeiro, cidade com população considerável, reúne uma vasta rede de serviços, especialmente hospitalares, coordenada por várias esferas governamentais. A rede municipal de Atenção Básica funcionava apoiada no modelo tradicional de atenção. Somente depois de 2009, conforme Soranz,<sup>64</sup> uma tentativa de promoção da reforma foi instalada, incluindo a coordenação da rede baseada na lógica dos territórios integrados de saúde, resultando numa grande expansão das Unidades Básicas, solidificando o modelo de ESF no Rio de Janeiro.

Sendo a segunda capital em termos de população do Brasil, o Rio de Janeiro possui uma rede de serviços de saúde significativa coordenada por áreas governamentais distintas. Lima<sup>63</sup> ressalta que as gestões, na década de 1990, relutaram em reformar o modelo tradicional instalado para a substituição do modelo da ESF, tendo isso se intensificado apenas em 2009, vagarosamente e muito atrás de outros estados como Minas Gerais e Santa Catarina.

O cenário de estudo foi a APS, mais especificamente por meio da visão de docentes do IDOMED da UNESA, do curso de Medicina, e de preceptores de unidades de saúde do município do Rio de Janeiro, que possuem papel importante nas experiências da saúde pública, nas seguintes áreas programáticas: 1.0 Centro, com 37% das respostas (9 respondentes); 33,3% (8 respondentes) preferiram não responder; 12,5% (3 respondentes) com mais de uma área programática; 2.2 Tijuca, com 8,3% (2 respondentes); 3.1 Manguinhos e Penha; e 2.1 Rocinha, Catete e Copacabana, com 4,1% (1 respondente cada). O cenário foi escolhido por apresentar uma

concentração relevante de profissionais experientes e renomados na área de saúde no município do Rio de Janeiro, com capacidade de aprimorar a qualidade da pesquisa. A escolha dos participantes do estudo ocorreu por meio de conversas sobre acesso às pessoas aptas nos quesitos de formação profissional e experiência nas unidades de saúde que poderiam estar disponíveis para a pesquisa. Seus nomes foram escolhidos através das posições ocupadas, onde poderiam ter maior alcance de outros profissionais, também qualificados para o estudo. Assim, teríamos um maior número de participantes, enriquecendo os resultados.

Para Mónico et al.,<sup>65</sup> a forma de trabalho na APS do Rio de Janeiro está apoiada num formato de gestão compartilhada entre a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Rio de Janeiro e Organizações Sociais de Saúde (OSS), com a finalidade de atender com qualidade os usuários do SUS. Segundo Harzheim et al.,<sup>66</sup> os serviços que formam as Redes de Atenção à Saúde são formados em consonância com as demandas da população local, selecionadas pelas Equipes de Saúde da Família. O profissional da atenção primária deve integrar a coordenação dos serviços com o cuidado que o usuário recebe através de orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural. A Figura 6<sup>67</sup> é explicativa sobre o mapa das áreas programáticas do Rio de Janeiro.

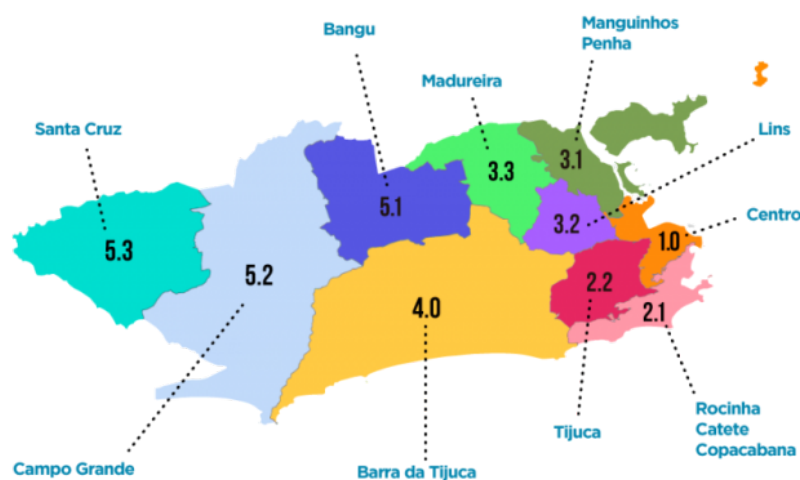


Figura 6. Mapa e legenda das áreas programáticas do Rio de Janeiro.<sup>67</sup>

## Técnica de coleta de dados

Para Mota,<sup>68</sup> apesar de a tecnologia estar presente de forma intensa na vida da maioria das pessoas de todo o mundo, além de servir de suporte, ainda existe uma certa resistência, talvez até preconceito, em relação a seu uso de forma acadêmica e pedagógica. A justificativa do uso dessas ferramentas tecnológicas apoia-se na possibilidade de abertura de novas perspectivas que proporcionam aumento no aprendizado participativo.

A utilização de ferramentas tecnológicas no auxílio de estudos e pesquisas instala mudanças práticas na coleta e análise de informações. Segundo Santos et al.,<sup>50</sup> essa mudança cotidiana mostrou-se muito significativa por deixar os processos mais rápidos e mais sustentáveis. A educação tem sido impactada pelas novas tecnologias e esse impacto altera a forma de repensar estratégias, projetos, planos, comunicação e metodologia.

Levando em consideração que as constantes mudanças do mundo afetam diretamente as relações sociais, para Castells,<sup>69</sup> os avanços tecnológicos promovem uma ruptura dessas relações, alterando,

assim, o *status* comportamental através do grande volume e da velocidade de informação acessível, direcionando o indivíduo, ampliando os conhecimentos e buscando diferentes meios de comunicação.

Nesse contexto, especificamente em relação às tecnologias de coleta de dados disponíveis, a opção escolhida foi o *Google Forms*, um aplicativo do *Google Drive* que possibilita a edição de formulários eletrônicos para serem lançados na internet, facilitando as pesquisas.

A ideia de utilização de um instrumento piloto está amparada na definição de Mackey e Gass,<sup>70</sup> que definem o piloto como uma ferramenta que se apresenta em pequena escala com a aptidão de apresentar os métodos escolhidos para o estudo.

Com o objetivo de aprofundar as questões a serem investigadas, os métodos utilizados foram o levantamento de experiências através de entrevistas eletrônicas e o aprofundamento em três etapas: instrumento piloto<sup>1</sup>, instrumento do estudo, instrumento de validação de resultados e recomendações. O *instrumento piloto* tratou do levantamento de dados iniciais para a formulação das questões para a construção do instrumento de estudo baseados na revisão de literatura. O *instrumento de estudo* foi formulado baseado nas respostas do instrumento piloto com objetivo de selecionar as questões relevantes para a coleta de informações direcionadas para o tema da dissertação sobre o uso do genograma na Atenção Primária. Já o *instrumento de validação de resultados e recomendações* deu ênfase nas respostas coletadas direcionadas para o manejo e utilização da ferramenta do genograma no cotidiano e sua importância, considerando avaliação individual, conforme descrição no Quadro 2.

Os participantes do estudo foram preceptores vinculados ao IDOMED e à ESF no município do Rio de Janeiro (RJ), com formação na área de saúde. O roteiro do instrumento piloto foi composto por questões norteadoras para possibilitar alcançar o objetivo proposto.

Para tanto, essas foram divididas em seis blocos que abrangeram:

1. Inserção na APS;
2. Dados sociodemográficos;
3. Utilização do genograma na APS;
4. Genograma na unidade;
5. Recomendações na APS;
6. Possibilidade de entrevista para instrumento de validação de resultados e recomendações —

para quem se dispusesse a participar desta fase mais aprofundada.

Para cada um dos blocos de questões, foram formuladas opções de respostas em alinhamento com a literatura revisada. Assim, todas as opções poderiam ser marcadas com mais de uma opção, caso necessário, e com espaço para comentários. Os resultados dos dados colhidos através do questionário do *Google Forms*, ofertado na pesquisa, foram levantados trazendo algumas similaridades com a revisão de literatura, enquanto outros demonstraram discrepância entre o relato e o manejo na prática.

## Tratamento dos dados

A fase 1 de formulação do instrumento piloto surgiu na disciplina de ICPD — Instrumento de Coleta de Dados em Pesquisas Qualitativas e Quantitativas com a ideia de formatar de maneira mais concreta o corpo da pesquisa, pensado através da revisão de literatura. Na fase 2 de aplicação do instrumento piloto,

1 Instrumento piloto aplicado a pares da Atenção Primária, na disciplina de Seminário III, com o objetivo de coletar observações para aprimoramento do questionário final.

escolhemos nove participantes de formações diferentes que trabalham na Atenção Primária, em Clínicas da Família do município do Rio de Janeiro, disponíveis para responderem o questionário piloto, e que eram participantes da disciplina cursada, sendo: dois dentistas; um enfermeiro; e seis médicos de família, com a ideia de formatar a possibilidade da pesquisa com ajuda dos profissionais experientes na área. A fase 3 teve foco na formulação do instrumento de estudo, baseado no instrumento piloto, considerando as experiências relatadas e incluindo as sugestões obtidas pelos participantes.

**Quadro 2.** Fases de aplicação do questionário.

	<b>Descrição</b>	<b>Como foi realizado</b>
Fase 1	Formulação do instrumento piloto a partir de aspectos apontados pela revisão de literatura.	O instrumento piloto e a sua aplicação foram idealizados e realizados no âmbito da disciplina ICPD – Instrumentos de Coleta de Dados em Pesquisas Qualitativas e Quantitativas, com nove participantes, sendo: dois dentistas; um enfermeiro; e seis médicos de família. Foi elaborado a partir da revisão de literatura. A ideia era formatar a possibilidade da pesquisa com a ajuda dos profissionais experientes na área fornecendo suas experiências assimiladas.
Fase 2	Aplicação do instrumento piloto para os pares na AP.	Revisão do instrumento – Apêndice 1 – Google Forms. Através das respostas obtidas no instrumento piloto, formatamos a construção do instrumento de estudo utilizando as experiências relatadas e as sugestões dadas pelos participantes da fase anterior.
Fase 3	Formulação do instrumento de estudo baseado no piloto e sugestões dadas.	Após a aprovação do comitê de ética, o formulário foi direcionado via contatos institucionais (WhatsApp e e-mail) através de coordenadores preceptores das unidades selecionadas de Clínicas da Família no município do Rio de Janeiro, com texto de apresentação e explicação, por três meses. A escolha dos participantes do estudo ocorreu através de conversas sobre como ter acesso aos participantes aptos nos quesitos de formação profissional e experiência nas unidades de saúde, que poderiam estar disponíveis para participar da pesquisa. Seus nomes foram escolhidos através das posições ocupadas, onde poderiam ter maior alcance de outros profissionais, também qualificados para o estudo. Assim, teríamos um maior número de participantes, enriquecendo os resultados.
Fase 4	Aplicação direcionada aos docentes da Universidade Estácio de Sá – IDOMED/UNESA.	Levantamento dos resultados do instrumento de estudo e formulação do instrumento de validação de respostas e recomendações, baseados nos critérios de importância ressaltados nas respostas obtidas nas etapas anteriores.
Fase 5	Levantamento dos resultados do instrumento de estudo e formulação do instrumento de validação de respostas e recomendações, baseados nos critérios de importância ressaltados nas respostas obtidas nas etapas anteriores.	Construção de afirmativas e questões através da análise dos resultados obtidos nas etapas anteriores direcionados para as pessoas que se disponibilizaram através de pergunta específica do instrumento principal. Foram considerados os resultados da etapa anterior, com ênfase nas respostas coletadas direcionadas para o manejo e a utilização da ferramenta do genograma no cotidiano e sua importância, considerando avaliação individual, bem como os critérios definidos pelas respostas abertas.
Fase 6	Instrumento de validação de respostas e recomendações – Aplicação de uma enquête direcionada aos participantes que se disponibilizaram para: I) validação de resultados do estudo; II) levantamento de recomendações.	Envio para participantes que haviam registrado seus e-mails e contatos no instrumento de estudo e disponibilidade para dar andamento à participação no estudo, através de pergunta específica no questionário.
Fase 7	Análise dos resultados obtidos no instrumento de validação de respostas e recomendações.	Levantamento e categorização das respostas obtidas com o instrumento de validação de respostas e recomendações e articulação dessas respostas com a revisão de literatura.

Fonte: Elaborado pela autora.

Na sequência (fase 4), após aprovação do comitê de ética, o formulário com aplicação foi direcionado aos docentes e coordenadores preceptores das unidades selecionadas (Centro, Tijuca, Mangueiras, Penha, Rocinha, Catete e Copacabana) do IDOMED/UNESA através de mídias sociais, como e-mail e WhatsApp, com texto de apresentação e explicação, por três meses. A escolha dos participantes do estudo ocorreu através de conversas sobre acesso aos participantes aptos, nos quesitos de formação profissional e experiência nas unidades de saúde, que estariam disponíveis para participar da pesquisa. Seus nomes foram escolhidos através das posições ocupadas, com o objetivo de ter maior alcance de outros profissionais, também qualificados para o estudo. Assim, tínhamos um maior número de participantes, enriquecendo os resultados. A fase 5 contou com levantamento e categorização dos resultados, preparo da etapa do instrumento de validação e recomendações baseadas nos critérios selecionados através da importância ressaltada nas respostas obtidas. A análise dos resultados e a definição da amostra para a etapa do instrumento de validação de respostas e recomendações consideraram os resultados da etapa anterior, com ênfase nas respostas coletadas direcionadas para o manejo e a utilização da ferramenta do genograma no cotidiano e sua importância, segundo avaliação individual. Já na fase 6, o instrumento de validação de respostas e recomendações foi enviado para os participantes que se disponibilizaram através de e-mails e contatos no instrumento de estudo, para respostas mais aprofundadas. Por fim, a fase 7 analisou os resultados obtidos no instrumento de validação de respostas e recomendações, com levantamento e categorização das respostas obtidas para articulação dessas respostas com a revisão de literatura.

## Cuidados éticos

Este projeto foi desenvolvido a partir dos princípios éticos que comandam a pesquisa envolvendo seres humanos, conforme consta na Resolução nº CNS 466/12. Pautou-se, ainda, na Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que determina diretrizes éticas específicas para as Ciências Humanas e Sociais (CHS). Para o questionário/entrevista foi necessária a assinatura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), constante no Apêndice 2, apoiado na Resolução CNS nº 441/2011 do Governo do Rio de Janeiro, do sujeito da pesquisa que, de forma esclarecida, livre e autônoma, consente em participar da pesquisa e entrevista. O início da pesquisa de campo se deu após a aprovação do Comitê de Ética, com CAAE 63514322.8.0000.5284 (em anexo), número de parecer 5.721.542 e Pesquisa da Universidade Estácio de Sá. Para preservação de identidade dos participantes, nenhum dado pessoal de possível identificação foi exposto.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes do estudo foram selecionados a partir de contatos dos preceptores das unidades de saúde e professores do IDOMED/UNESA. Esse grupo de profissionais tem uma posição de capilaridade nos diferentes cenários de práticas em que atuam e seriam capazes de ter uma visão mais abrangente sobre a utilização do genograma na APS no município do Rio de Janeiro e ajudar a responder à pergunta norteadora do estudo, assim como se configurar em um perfil amostral capaz de contribuir diretamente para o alcance dos objetivos do estudo. Todos os respondentes são profissionais da saúde atuantes na ESF e vinculados ao IDOMED. Foram 24 participantes no total; 15 deles se disponibilizaram para a fase das respostas abertas e apenas 4 responderam a última etapa.

As questões abertas trataram da inclusão e de recomendações de inserção do genograma na grade de formações profissionais; armazenamento da ferramenta na prática diária; estrutura de trabalho para utilização de ferramentas de abordagem familiar; conhecimento aprofundado e prática de utilização da ferramenta; e recomendações gerais.

Os profissionais participantes do instrumento, conforme Quadro 3, foram identificados através dos critérios de idade; gênero; formação profissional; especialização; tempo de prática profissional; e carga horária na AP. O maior número de respostas apareceu entre os respondentes de 41 até 60 anos, do sexo feminino, médicos com mestrado, doutorado e residência, com mais de dez anos de prática profissional e carga horária de 40 horas na Atenção Primária. Para Mendes,<sup>2</sup> a clínica na ESF está relacionada de modo direto com o uso de ferramentas de abordagem familiar oriundas da Psicologia e Sociologia, com foco na formação da intimidade entre profissionais e famílias, resultando em maior entendimento do grupo familiar.

**Quadro 3.** Perfil dos participantes.

	<b>Participantes</b>
Idade (anos)	8 – De 51 a 60
	8 – De 41 a 50
	6 – De 31 a 40
	1 – De 61 a 65
	1 – Mais de 66
Gênero	18 – Feminino
	7 – Masculino
Formação	7 – Enfermeiros
	6 – Médicos
	10 – Médicos de Família e Comunidade
	1 – Médico cardiologista
Especialização	10 – Mestrado/doutorado
	8 – Residência
	3 – Ambos
	3 – Mestrando
Tempo de prática profissional (anos)	17 – Mais de 10
	6 – De 5 a 10
	1 – De 3 a 5
Carga horária na Atenção Primária (horas)	11 – 40
	6 – 20
	4 – 30

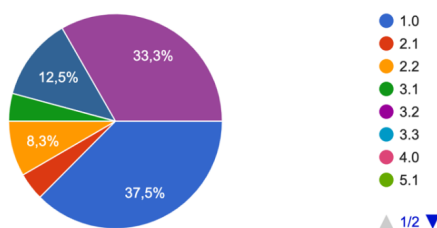
Fonte: Quadro elaborado pela autora.

Conforme Figura 7, os participantes da pesquisa foram divididos nas seguintes áreas programáticas: 9 (37,5%) na área 1.0; 8 (33,3%) preferiram não responder; 3 (12,5%) em mais de uma área; 2 (8,3%) na área 2.2; 1 (4,2%) na área 3.1; e 1 (4,2%) na área 2.1.

## **Conhecimento da ferramenta do genograma**

Em relação ao conhecimento do genograma, se a ferramenta é abordada no conteúdo pedagógico da universidade cursada: 16 (66,7%) participantes relataram que a ferramenta é abordada no conteúdo pedagógico da universidade cursada; 5 (20,8%) não tiveram contato com o genograma através do conteúdo pedagógico na universidade cursada e 3 (12,5%) não responderam (Quadro 4).

1. Qual a Área Programática (AP) em que atua?  
24 respostas



Fonte: Elaborado pela autora.  
**Figura 7.** Área programática.

**Quadro 4.** Ferramenta do genograma abordada no conteúdo pedagógico.

Descrição	Respondentes	%
Sim	16	66,7
Não	5	20,8
Não responderam	3	12,5

Fonte: Quadro elaborado pela autora.

A importância de mapear a relação de aprendizado das ferramentas de abordagem familiar nas formações é relevante para identificar as possíveis dificuldades de aplicação dessas ferramentas quando não existe intimidade e/ou conhecimento. Os resultados demonstraram conhecimento prévio pela maioria dos respondentes, mas, mesmo assim, uma porcentagem não teve contato direto com esse tipo de ferramenta de auxílio.

## Aplicações e funções do genograma: potencialidades

O genograma, segundo a percepção dos participantes da pesquisa, é visto como relevante na identificação e coleta de informação da composição familiar, captando dados vitais e precisos em relação à forma de organização, socialização, história, percepção, estrutura, saúde e adesão.

Os resultados a seguir mostram que 23 (95,8%) respondentes acham que as aplicações e funções do genograma ajudam a conhecer a estrutura/dinâmica familiar; para 22 (91,7%) respondentes o genograma serve para mapear o histórico de doenças e facilitar a visualização da estrutura familiar; já 20 (83,3%) respondentes marcam a visualização de doença familiar; para 18 (75%) o genograma pode melhorar a saúde da família; 15 (62,5%) acham que ajuda a prevenir doenças; 14 dos respondentes (58,3%) marcam que o genograma pode auxiliar no tratamento; 13 (54,2%) deles acham que pode aumentar a adesão ao tratamento; 12 (50%) relatam que ajuda a conhecer a rede social de apoio da família e levantar as causas das doenças; para 5 (20,8%), diagnosticar doenças pode ser uma utilidade; e para 1 (4,2%) o genograma auxilia no entendimento da dinâmica familiar.

Os pontos *conhecer a estrutura/dinâmica familiar* e *entender a dinâmica familiar* mostraram discrepância nas respostas por serem semelhantes. Podemos levantar a possibilidade de má formulação na descrição, induzindo o participante à confusão na resposta (Quadro 5).

Os resultados confirmam que os entrevistados reconhecem a diversidade de finalidades para as quais a ferramenta do genograma pode e deve ser aplicada. O leque diverso de possibilidades a serem exploradas pela ferramenta mostra a versatilidade de combinações na sua utilização tanto pela equipe de profissionais quanto pelos usuários, resultando na amplitude de coleta de informações para utilização nas ações de atenção voltadas para a família e seus indivíduos e o grupo social.

**Quadro 5.** Aplicações/funções do genograma.

Descrição	Respondentes	%
Conhecer a estrutura/dinâmica familiar	23	95,8
Mapear histórico de doenças	22	91,7
Facilitar visualização da estrutura da família	22	91,7
Facilitar visualização de doença familiar	20	83,3
Melhorar a saúde da família	18	75,0
Prevenir doenças	15	62,5
Auxiliar no tratamento	14	58,3
Aumentar a adesão ao tratamento na ESF	13	54,2
Conhecer a rede social de apoio da família	12	50,0
Levantar as causas das doenças	12	50,0
Diagnosticar doenças	5	20,8
Entender a dinâmica familiar	1	4,2

Fonte: Quadro elaborado pela autora.

Conhecer a estrutura e dinâmica familiar e sua forma própria de funcionar está na base do marco conceitual da Saúde da Família. A compreensão dos padrões de saúde das famílias, para Starfield,<sup>71</sup> oferece uma conquista significativa para possíveis intervenções no contexto específico familiar, pressupondo a importância de conhecer o grupo e seu contexto ímpar para avaliação e tomada de decisão para diagnóstico e possíveis intervenções relacionadas à realidade concreta desses grupos sociais. É fato que as relações sociais e familiares também incidem sobre os processos de saúde e doença, pois as famílias têm a força de intervir no sucesso ou no fracasso dos tratamentos, além de no manejo da forma, na manutenção e no confronto nas ações apresentadas no processo de cuidado da saúde e doença.<sup>1</sup> O estudo reforça essa concepção e reafirma essa centralidade no que diz respeito ao uso da ferramenta de abordagem familiar genograma no contexto de incentivo à melhora dos serviços públicos de saúde, com a intenção de auxiliar na manutenção e no tratamento de doenças dos usuários e familiares. Com forte atuação na comunidade, levando em conta o trabalho estreito com a família, as relações sociais, econômicas e políticas que marcam a história do usuário da Atenção Primária são uma das principais características da ESF.<sup>7</sup>

### Informações possibilitadas pelo genograma

Santos et al.,<sup>50</sup> ressaltam que o adoecimento de uma pessoa provoca interferência no grupo familiar, por isso a relevância do levantamento de dados no tratamento. A ferramenta de abordagem familiar facilita o acesso a informações específicas sobre o núcleo familiar, suas ligações e o ambiente em que a família habita, com refinamento dificilmente alcançado de outra forma.

O genograma representa graficamente a estrutura e o padrão das diversas formas de relações familiares. Identificar a estrutura familiar e o padrão existente na relação são as características básicas do genograma, pontuando as doenças e as dificuldades existentes no grupo familiar, além de mapear e ampliar o conhecimento sobre a família.<sup>50</sup> Segundo Machado et al.,<sup>48</sup> a visão dos indivíduos pertencentes ao grupo família como um organismo maior só acontece através do trabalho do genograma.

Para McGoldrick e Gerson,<sup>54</sup> o genograma é utilizado como facilitador para adesão da família ao tratamento, pontuando as dificuldades e possibilidades dos participantes, ressaltando os padrões relacionais e identificando a família extensa de forma simples. Além disso, Athayde e Gil<sup>11</sup> marcam que a participação dos membros familiares na construção do genograma influencia a criação do laço entre o profissional de saúde e a família, estreitando a relação. Essa construção em conjunto da família e o profissional da saúde do desenho familiar permite que as equipes aprofundem seus conhecimentos sobre os padrões e as formas de se relacionar instaladas no decorrer da transmissão das gerações que participam da saúde-doença familiar.

Os resultados presentes no Quadro 6 demonstram que 22 (91,7%) respondentes pontuam que o genograma possibilita conhecer a estrutura familiar, visualizar histórico de doenças da família e as doenças atuais da família. Para 20 (83,3%) deles, entretanto, as informações possibilitadas pela ferramenta têm como ponto importante conhecer a dinâmica familiar. Acelerar o levantamento de informações e auxiliar na identificação de aspectos relacionados a saúde mental foram ressaltados por 19 (79,2%) participantes. Para 18 (75,0%) deles, auxilia na identificação de fatores sociais que interferem na saúde da família. Além disso, 17 (70,8%) pessoas responderam facilitar a interação com o usuário e 16 (66,7%) relataram melhorar a saúde da família. Prevenir doenças e auxiliar na adesão ao tratamento são pontuações de 14 (58,3%) participantes, já auxiliar e aumentar a adesão ao tratamento são as escolhas de 13 (54,2%). Outros 12 (50,0%) responderam que conhecer a rede de apoio social é um facilitador. Auxiliar no encaminhamento foi marcado por 11 (45,8%) participantes; levantar causas das doenças foi ressaltado por 9 (37,5%); e diagnosticar doenças foi pontuado por 7 (29,2%), apesar de que, para se fazer um diagnóstico seguro, é necessário complementos específicos para um parecer profissional. Por esse motivo, essa opção de diagnosticar doenças não foi levada em consideração nos comentários e recomendações, pois apenas a utilização do genograma não é suficiente para diagnosticar doenças. Por fim, nenhum dos participantes deixou de responder os itens elencados. As informações possibilitadas pelo uso da ferramenta do genograma são ressaltadas através da importância dada pelo entrevistado de acordo com a seguinte ordem: visualizar e conhecer a estrutura familiar; visualizar histórico de doenças da família; conhecer a dinâmica familiar; acelerar o levantamento de informações; auxiliar na identificação de aspectos relacionados à saúde mental; auxiliar na identificação de fatores sociais que interferem na saúde da família; facilitar a interação com o usuário; melhorar a saúde da família; prevenir doenças; auxiliar na adesão e manutenção do tratamento na ESF; conhecer rede de apoio social; auxiliar no encaminhamento; levantar causas das doenças; e, por fim, diagnosticar doenças.

Importante ressaltar que os dados coletados do item 7.3 – *Aplicações e funções do genograma: potencialidades* e do item 7.4 – *Informações possibilitadas pelo genograma* apresentam respostas semelhantes por estarem presentes em dois tipos de perguntas, divididos pelos itens citados acima. Essas perguntas foram feitas para fins de confirmação em relação às funcionalidades das diferentes atribuições da ferramenta do genograma. Ressalta-se que as opções de respostas do instrumento de estudo foram oriundas da revisão de literatura.

Torna-se claro, para Athayde e Gil,<sup>11</sup> que as informações levantadas pelo processo do genograma auxiliam o direcionamento de medidas e o levantamento de riscos para o planejamento de programas para prevenção e apoio para as famílias. Já para Borges et al.,<sup>7</sup> o uso do genograma na Atenção Básica à Saúde possibilita a observação e identificação das necessidades do momento e para a promoção das ações de intervenção cabíveis nas famílias inseridas no contexto social específico, consequentemente, fortalecendo a família como um todo.

**Quadro 6.** Informações possibilitadas pelo genograma/teste do instrumento.

Descrição	Respondentes	%
Conhecer a estrutura familiar	22	91,7
Visualização do histórico de doenças da família	22	91,7
Visualização da estrutura familiar	22	91,7
Visualização de doenças da família	22	91,7
Conhecer a dinâmica familiar	20	83,3
Acelera o levantamento de informações	19	79,2
Auxilia na identificação de aspectos relacionados à saúde mental	19	79,2
Auxilia na identificação de fatores sociais que interferem na saúde da família	18	75,0
Facilita a interação com usuário	17	70,8
Melhorar a saúde da família	16	66,7
Prevenir doenças	14	58,3
Auxilia na adesão e manutenção do tratamento	14	58,3
Auxiliar no tratamento	13	54,2
Aumentar a adesão ao tratamento na ESF	13	54,2
Conhecer rede de apoio social	12	50,0
Auxiliar no encaminhamento	11	45,8
Levantar causas das doenças	9	37,5
Diagnosticar doenças	7	29,2

Fonte: Quadro elaborado pela autora.

## Contribuições e benefícios para o atendimento na utilização do genograma na Atenção Primária à Saúde

As contribuições da ferramenta do genograma, segundo os resultados obtidos, refletem a importância dada no auxílio para identificação dos aspectos relacionados à saúde mental com 20 (83,3%) respondentes; seguida de 19 (79,2%) que ressaltam a ajuda na identificação de fatores sociais que se relacionam com a saúde da família. Auxílio na adesão e manutenção do tratamento junto às unidades de saúde aparece em terceiro lugar, com 15 (62,5%) respondentes, finalizando com 11 (45,8%) participantes pontuando as marcações para auxílio no encaminhamento a serviços de saúde especializados (Quadro 7).

**Quadro 7.** Contribuições do genograma na saúde para processos de trabalho na Atenção Primária à Saúde — auxílio na prevenção e tratamento.

Descrição	Respondentes	%
Pode auxiliar na identificação de aspectos relacionados à saúde mental	20	83,3
Auxilia na identificação de fatores sociais que se relacionam com a saúde da família	19	79,2
Auxilia na adesão e manutenção do tratamento junto às unidades de saúde	15	62,5
Auxilia no encaminhamento a serviços de saúde especializados	11	45,8

Fonte: Quadro elaborado pela autora.

No item referente a benefícios na utilização do genograma, 22 (91,7%) dos participantes do estudo trouxeram respostas afirmativas para a equipe profissional; já para o aplicador e profissional da área foram 17 (70,8%) participantes; 15 (62,5%) marcaram benefícios para o usuário; 14 (58,3%) para o atendimento e; 1 (4,2%) respondente apontou benefício para acadêmicos (Quadro 8).

**Quadro 8.** Benefícios para o atendimento na utilização do genograma.

Descrição	Respondentes	%
Equipe profissional	22	91,7
Aplicador e profissional da área	17	70,8
Usuário	15	62,5
Atendimento	14	58,3
Acadêmicos	1	4,2

Fonte: Quadro elaborado pela autora.

A equipe profissional, incluindo os aplicadores das ferramentas de abordagem familiar, constitui o grupo de profissionais responsáveis pela recepção, acolhimento, diagnóstico, possibilidade de tratamento e encaminhamento dos usuários, que, por sua vez, são as pessoas pertencentes à população regional que utilizam as facilidades e os benefícios do sistema de saúde local. Os profissionais de saúde, encarregados do atendimento, nem sempre são os que tratam a população em geral, e, por fim, os acadêmicos pertencem ao grupo de profissionais em formação que auxiliam nos processos relacionados à população usuária do sistema de saúde local. Todos os participantes são peças importantes na organização e no funcionamento do sistema de saúde como um todo.

As contribuições do genograma no tratamento e na prevenção em saúde na Atenção Primária, segundo os resultados obtidos, apontam para auxílio na prevenção e tratamento com: possibilidade de identificação dos aspectos relacionados à saúde mental; identificação de fatores sociais relacionados à saúde da família; adesão ao tratamento e manutenção dele; e encaminhamento aos setores especializados. O genograma se afirma como uma ferramenta de auxílio poderosa na construção da relação com o usuário e na quantidade e qualidade de informações obtidas através dele, agregando de forma consistente no tratamento de doenças e na manutenção da saúde da população.

### Linhas de cuidado beneficiadas pelo genograma

As linhas de cuidado que podem ser beneficiadas pelo uso da ferramenta do genograma estão elencadas por ordem de importância selecionada pelos participantes. Saúde mental aparece para 23 (95,8%) respondentes, seguida de hipertensão, para 20 (83,3%) e alcoolismo para 19 (79,2%). Doença mental e obesidade são colocadas juntas por 18 (75%) respondentes, terminando com 16 (66,7%) respostas em tabagismos e transtornos alimentares, conforme é mostrado no quadro denominado “Linhas de cuidado beneficiadas pelo genograma”, a seguir. A escolha específica dessas linhas de cuidado foi discutida e foi levada em consideração, como exemplo, a seleção de doenças não transmissíveis comuns, mas não no intuito de descartar outras doenças (Quadro 9).

Eventos com magnitudes elevadas, como desastres e emergências, afetam diretamente o ser humano, sendo ele profissional da saúde ou não. A necessidade de cuidados e atenção psicossocial ao longo das crises e de manutenção da saúde mental de forma constante são essenciais para o bem-estar de uma população, seja ela qual for. Saúde mental é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>72</sup> como “um estado de completo bem-estar mental e social e não apenas a ausência de doenças”. Podemos expandir para um estado mental em que a pessoa se sente confortável com ela mesma e possui ferramentas para lidar com as questões cotidianas de forma saudável.

**Quadro 9.** Linhas de cuidado beneficiadas pelo genograma.

Doenças não transmissíveis	Respondentes	%
Saúde mental	23	95,8
Hipertensão	20	83,3
Alcoolismo	19	79,2
Doença mental	18	75,0
Obesidade	18	75,0
Tabagismo	16	66,7
Transtornos alimentares	16	66,7

Fonte: Quadro elaborado pela autora.

Para Dantas,<sup>73</sup> a pandemia da COVID-19 mostrou de forma clara o tamanho do impacto na saúde mental na população em geral e nos profissionais de saúde, tornando evidente a necessidade do fortalecimento da rede pública no setor de ações e serviços relacionados à saúde mental, para possibilitar a rapidez nas respostas para as demandas apresentadas de forma intensa e veloz. Segundo Borges et al.,<sup>74</sup> o Brasil está em transição demográfica e epidemiologia relacionada ao aumento no número de idosos, fenômeno de envelhecimento populacional em que as doenças crônicas, como hipertensão, são mais evidenciadas, representando um desafio para a saúde pública e para as ações de proteção social.

O consumo em excesso de bebidas alcoólicas, assim como o tabagismo, conhecidamente, são um grande problema de saúde pública no Brasil. As limitações funcionais, a mortalidade e as doenças consequentes do abuso de álcool e cigarro acarretam custos elevados para o sistema de saúde. Automaticamente, é necessária a efetivação de políticas públicas na prática.<sup>75</sup> A intensificação dessas políticas públicas poderia passar pela utilização das ferramentas de abordagem familiar na prática cotidiana dos atendimentos em saúde pública, assegurando uma aplicação efetiva no levantamento e na prevenção também do alcoolismo e do tabagismo nas famílias atendidas. Para o Ministério da Saúde,<sup>38</sup> promoção de saúde é o processo de capacitação da comunidade para controlar e melhorar a saúde.

A doença mental faz parte das questões médicas e é tratável, engloba as emoções e ações. Por exemplo, para os transtornos alimentares, bem como para a obesidade, segundo Freire,<sup>76</sup> a história é muito importante na compreensão dos fenômenos sociais, políticos e econômicos atuais. A reflexão dos transtornos alimentares através da história mostra a importância do corpo e da alimentação para o ser humano e ajuda a compreender as desordens na forma de se alimentar. A obesidade pode ser vista de forma ampla e por vários aspectos. São muitos os componentes que marcam uma manutenção da obesidade, porém poucos explicam essa manutenção. Sabemos da importância dos fatores genéticos na obesidade, entretanto, os determinantes psicossociais incidem nas famílias, por isso a importância do olhar familiar, social e cultural.

Os fatores predisponentes dos transtornos alimentares são categorizados em individual, familiar/hereditário e sociocultural. O fator individual marca traços de personalidade somados com transtornos psiquiátricos, já os familiares/hereditários implicam em mecanismos de transmissão intrafamiliares, quando misturados com as heranças/transmissões pela via biológica, como a herança genética, bem como aqueles que são derivados de padrões relacionais de interação familiar, oriundos da história dos membros de uma mesma família e nos mecanismos de construção narrativa familiar transgeracional. Fatores genéticos têm a sua importância, mas padrões de interação familiar podem ser muito poderosos na transmissão dos transtornos alimentares. Por fim, os fatores socioculturais são valores e concepções socialmente partilhados.<sup>26</sup>

## Outras estratégias de conhecimento das relações familiares

Através do questionário foi possível visualizar outras formas de conhecimento das relações familiares utilizadas na relação com os usuários nos atendimentos na ESF. Os resultados, mostrados no Quadro 10, apontaram maior utilização do ecomapa, seguido pela linha da vida e por desenhos, que apareceram na sequência, círculos de Thrower, PRACTICE e, por último, sem utilização demonstrada, FIRO. Ecomapa aparece em destaque pelos respondentes, mostrando a importância dessa ferramenta para a coleta de informações, em comparação às outras estratégias elencadas. As demais ferramentas citadas, com exceção do FIRO, são também utilizadas como estratégia de conhecimento das relações familiares.

**Quadro 10.** Outras estratégias de conhecimento das relações familiares.

Descrição	Respondentes	%
Ecomapa	12	50,0
Linha da vida	3	12,5
Desenhos	3	12,5
Círculos de Thrower	2	8,3
PRACTICE	1	4,2
FIRO	0	0,0

Fonte: Quadro elaborado pela autora.

## Limites e desafios

Através do questionário eletrônico obtivemos uma categoria de respostas abertas dos participantes sobre a utilização do genograma via prontuário eletrônico, relacionadas no Quadro 11. Na categoria limite e/ou dificuldade na utilização do prontuário eletrônico em relação ao genograma foi possível identificar, através das respostas abertas dos respondentes, três grandes categorias que dificultam o processo da utilização da ferramenta do genograma na prática cotidiana, como limitações tecnológicas, técnicas e institucionais. As tecnológicas correspondem ao não funcionamento de forma suficiente dos equipamentos, métodos e processos disponibilizados para facilitar as necessidades humanas, enquanto as limitações técnicas estão atreladas à utilização de procedimentos e ao conjunto de saberes de ordem prática para obtenção de um objetivo específico. Nas limitações institucionais congregamos aspectos da ordem de organização de serviços institucionais e aspectos do processo de trabalho. No Quadro 11, as respostas foram categorizadas em limitações tecnológicas, técnicas e institucionais. Para os respondentes do formulário, as limitações tecnológicas aparecem como grande empecilho para a utilização da ferramenta do genograma na prática cotidiana dos atendimentos na ESF, porém não impede a utilização dessas ferramentas, apenas limita o processo na quantidade de atendimentos. Já as limitações técnicas podem ser contornadas com estratégias alternativas utilizando ferramentas manuais e armazenamento físico. As ferramentas institucionais servem para agregar a capacidade de organização dos serviços e execuções de tarefas no cotidiano, desde que fluam de maneira produtiva, e, quando não estão funcionando dessa forma, são chamadas de limitações.

**Quadro 11.** Utilização do genograma via prontuário eletrônico.

Categories	Relato
Limitações tecnológicas	“Não sei desenhar no VITACARE?”
	“Tenho dúvidas, mas creio que não está disponível no prontuário eletrônico que utilizamos atualmente.”
	“Facilitar a necessidade de inserir nova informação” (dificuldade de inserir informações no prontuário eletrônico no formato atual).
	“Não encontro no prontuário.” (a ferramenta)
	“O prontuário eletrônico não permite inserir o genograma e não fornece a ferramenta.”
	“Não tem campo específico e pra desenhar com tantas atribuições e melhor fazer a parte.”
	“Sistema onde trabalho não foi programado para trabalhar com genograma, então só se consegue responder o prontuário adaptado.”
	“Falta de padronização.”
	“O prontuário aceita anexar o genograma, mas todos os passos dependem de o prontuário estar funcionando adequadamente, num computador que esteja rodando bem, com boa internet etc. Além disso, não é fácil resgatar a visualização do genograma. Às vezes demora a carregar e tem que ir a uma aba diferente, pouco utilizada na rotina.”
	“Tenho dúvidas, mas creio que não está disponível no prontuário eletrônico que utilizamos atualmente.”
	“Não encontro aba no prontuário.”
	“Existe limite do prontuário.”
	“Não existe essa função no PEC.”
“Alguns prontuários não aceitam ou o tempo para que isso seja feito pode interferir em anexá-lo.”	
“Prontuário não faz registro.”	
Limitações técnicas	“Não vejo adesão de outros profissionais.”
	“Não utilizo pelo computador.”
	“Não sei utilizar no prontuário eletrônico.”
	“Prefiro fazer desenhando junto com o usuário, e, na impossibilidade de anexar no prontuário eletrônico, guardo em arquivo, mas temo que haja exposição das informações da pessoa sem que eu perceba.”
	“Não sei utilizar no prontuário. Prefiro o papel.”
	“Não sei inserir o desenho.”
	“Não sei utilizar no prontuário eletrônico.”
“Não utilizo prontuário eletrônico.”	
Limitações institucionais	“Falta de tempo.”
	“Questão de tempo.”

VITACARE: Prontuário eletrônico utilizado em Clínicas da Família do Rio de Janeiro.

Fonte: Quadro elaborado pela autora.

A partir do relato dos respondentes, percebemos que os limites e as dificuldades apresentados na utilização do prontuário eletrônico, em relação ao genograma, apontam de forma mais consistente para as limitações tecnológicas como estrutura, no contexto geral, para facilitar a introdução dos dados colhidos pela ferramenta do genograma, seguidas de limitações técnicas como falta de conhecimento ou interação com a ferramenta e, finalmente, da falta de tempo durante a jornada de trabalho nos atendimentos cotidianos dentro das limitações institucionais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Através do formulário eletrônico obtivemos uma categoria de respostas abertas dos participantes, voluntários desta etapa, para uma extensão da análise dos resultados para validação das respostas e recomendações na utilização do genograma na Atenção Primária.

Na categoria inclusão do genograma, na grade de formação, foi possível identificar que três participantes responderam que sim, o genograma está incluído na grade de formação, enquanto um respondente marcou não ter o genograma na grade de formação. O Quadro 12 mostra as descrições das respostas expostas.

**Quadro 12.** Recomendações para inserção do genograma na formação profissional.

Descrição do relato
“O genograma faz parte das ferramentas do médico de família e comunidade e, como tal, necessita constar na grade curricular dos MFC.”
“Na disciplina do quarto período são trabalhadas com os discentes todas as ferramentas do médico de família e comunidade, incluindo o genograma.”
“Faz parte do conteúdo da disciplina saúde da família IV.”
“Na abordagem familiar e de casos complexos na Atenção Primária à Saúde.”

MFC: médico de família e comunidade.

Fonte: Quadro elaborado pela autora.

No quesito importância da implantação/implementação do uso do genograma na APS no Rio de Janeiro, todos os participantes responderam que sim, acham importante a implementação da ferramenta, com os comentários trazidos no Quadro 13. As respostas foram categorizadas em coleta de dados; aproximação do usuário/família; auxílio na prevenção e tratamento; e potencialidades/importância da ferramenta na ESF/APS. Através das respostas colhidas, pôde-se observar algumas dessas restrições de forma explícita, abrindo espaço para novas sugestões de implementações relevantes para a melhoria do sistema de forma abrangente. Através da listagem das funcionalidades implementadas e das funcionalidades previstas pelos e-SUS,<sup>77</sup> podemos constatar que a inclusão de facilidades para recebimento de informações sobre a ferramenta do genograma não está prevista nas ações elencadas. Por esse motivo, podemos inferir a necessidade de ressaltar essa ação nas recomendações.

Em relação à ferramenta digital disponibilizada pelo SUS, segundo Brasil,<sup>77</sup> o e-SUS é uma ação para organizar as informações da Atenção Primária, de forma geral, em todo o território nacional, alinhada com uma proposta maior de reestruturação dos Sistemas de Informação em saúde do Ministério da Saúde, através da perspectiva de que a qualidade da gestão das informações é essencial para a melhoria do atendimento da população como um todo. Como a maioria dos sistemas eletrônicos, o e-SUS tem suas vantagens e suas limitações, sempre necessitando reformulações conforme as necessidades mudam.<sup>78</sup>

No item prática diária na Atenção Primária, no formulário de instrumento e validação das respostas e recomendações, as respostas que consideram que armazenar o genograma de modo físico ou eletrônico seria considerado fundamental para seu uso e acompanhamento da dinâmica familiar mostraram que apenas uma pessoa não acha fundamental o armazenamento das informações, enquanto três respondentes afirmam que sim, consideram fundamental o armazenamento de informações. Dentre as respostas fornecidas, foi ressaltado que ainda existem prontuários físicos em algumas unidades, facilitando, assim, o armazenamento de informações em relação ao genograma de forma manual (Quadro 14).

**Quadro 13.** Importância da implantação/implementação do uso do genograma na Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro.

<b>Categorias</b>	<b>Relato</b>
Aproximação do usuário/família	“Ferramenta muito importante para trabalhar.”
	“É uma ferramenta que fornece informações de forma rápida.”
	“Ferramenta importante para conhecer a dinâmica familiar.”
	“Necessário para coleta de informação e aproximação do paciente.”
	“Ferramenta facilitadora para conhecer o histórico familiar.”
	“Questões de estrutura familiar.”
	“Ia ser interessante conter no prontuário eletrônico.”
	“Muito importante a percepção da família como um todo, e suas relações são parte do trabalho do MFC e para qualquer outra especialidade.”
Auxílio na prevenção e tratamento	“Acho que cria uma visão global da família e de seus processos e foge de aspectos biomédicos restritos.”
	“Pode ser mais preciso no tratamento.”
	“Melhorar a assistência às famílias.”
	“É importantíssimo o uso do genograma para o cuidado integral das pessoas na APS.”
	“São informações que auxiliam.”
Potencialidades/ importância da ferramenta na ESF/APS	“Melhora a percepção da vida do usuário.”
	“Em todo serviço de saúde deve ser utilizado, independente do Estado.”
	“Ajuda o monitoramento das equipes.”
	“É uma excelente ferramenta.”
	“Instrumento essencial para abordagem centrada na família – atributo da APS.”
	“De extrema importância, se conhecida a aplicação pelos profissionais de saúde, tendo em vista a ampla diversidade de possibilidades para com o paciente de baixa complexidade”
	“Ferramenta de extrema importância.”
“Ferramenta muito potente.”	
	“Ele já é aplicado, porém precisa ser amplamente aplicado.”

ESF: Estratégia Saúde da Família; APS: Atenção Primária à Saúde; MFC: médico de família e comunidade.

Fonte: Quadro elaborado pela autora.

As categorias elencadas foram selecionadas com o objetivo de levantar a importância da inclusão de ferramentas de abordagem familiar na formação dos estudantes da área da saúde para um melhor preparo nos atendimentos com famílias e seus indivíduos, proporcionando um conhecimento mais íntimo com ferramentas como a do genograma. Os relatos demonstram uma necessidade de aumentar o apoio tecnológico para a aplicação e o armazenamento das ferramentas de abordagem familiar, com objetivo de colher mais informações e facilitar a relação com os usuários, resultando em melhores atendimentos e desdobramentos voltados para a melhoria dos tratamentos.

O estudo conduzido e apresentado por este artigo permitiu reconhecer os desafios institucionais existentes para a plena aplicação da ferramenta de abordagem familiar, o genograma, no âmbito da ESF, e suas potencialidades de uso a partir dos relatos dos profissionais da APS, com foco na visão dos entrevistados sobre o uso da ferramenta de abordagem familiar.

**Quadro 14.** Recomendações.

<b>Recomendações</b>	<b>Descrição do relato</b>
Forma de armazenamento da ferramenta do genograma	“Na prática, o armazenamento feito é de modo físico, mas seria interessante armazenar de modo eletrônico.” “Ideal seria ter o prontuário agrupado por família e ter a opção de incluir o genograma feito já online, pois letras e símbolos seriam mais fáceis de visualizar.”
Enfrentar o desafio da gestão do tempo	“Preencher na primeira consulta na unidade ou visita domiciliar.” “Empregar uma proposta de genograma modificado.”
Estrutura de trabalho	“Ter um ambiente virtual adequado.” “Uma ficha física de genograma para permitir a inserção posterior no sistema.” “Adequação da ferramenta do genograma para o prontuário eletrônico de fácil execução.”
Maior conhecimento do genograma	“Aprimoramento profissional.” “Capacitação permanente.” “Sensibilização em relação à importância da utilização da ferramenta.”
Insumo para reuniões de equipe	“Momento de troca entre a equipe em prol do paciente.” “Entendimento de padrões e repetições das relações familiares.” “Auxílio na discussão de casos complexos.”
Desenho gráfico	“Facilidade de acesso à ficha com a legenda dos principais símbolos.” “Capacitar as equipes para a aplicação da ferramenta.” “Tornar uma prática comum e facilitar o armazenamento.”

Fonte: Quadro elaborado pela autora.

Para aprofundar a discussão dos desafios e potencialidades do uso da ferramenta do genograma, o eixo principal do trabalho valorizou os relatos dos docentes do IDOMED/UNESA com o propósito de discutir as potencialidades, possibilidades e dificuldades da ferramenta em questão. O fato de que o genograma não é amplamente utilizado por todos os entrevistados não foi deixado de lado, incluindo as deficiências apresentadas nos resultados, como dificuldade de armazenamento e impossibilidade de aplicação. Chama atenção para a importância de expandir sua utilização como ferramenta durante o processo formativo e nas várias esferas de atendimento na Atenção Primária.

As limitações tecnológicas e técnicas levantadas nas respostas coletadas, elencadas como as principais dificuldades concretas, apontam para estrutura de trabalho deficiente, como internet e programa do e-SUS, além de para a falta de conhecimento mais aprofundado da ferramenta. A inclusão de facilidades para recebimento de informações sobre o genograma na ferramenta digital do e-SUS na categorização de respostas abertas do formulário não está prevista nas ações elencadas pelos respondentes da pesquisa. Por esse motivo, podemos inferir a necessidade de ressaltar essa ação também como recomendação, sempre levando em consideração as limitações do estudo e das experiências relatadas.

Os desafios para a utilização da ferramenta do genograma como prática diária estabelecida foram categorizados através dos relatos descritos no questionário. Os resultados apontam para os principais desafios, que são o sistema de armazenamento, a instabilidade e a lentidão. Todas essas respostas evidenciam a necessidade de adaptar o sistema para as ferramentas de apoio objetivando facilitar sua utilização.

As potencialidades da inserção da ferramenta na ESF passam por identificação dos aspectos relacionados à saúde e de fatores sociais que interferem na saúde da família, somadas ao auxílio na adesão e manutenção do tratamento e encaminhamento a serviços de saúde especializados. A partir desse entendimento, percebe-se que a compreensão dos desafios e potencialidades de uso das ferramentas de abordagem familiar poderia auxiliar no aumento do manuseio da ferramenta de forma mais ampla,

contribuindo, assim, para facilitar a coleta de dados do grupo familiar, para o acesso a questões não aparentes das famílias, percepção do contexto familiar e suporte para diagnósticos, tanto no âmbito de tratamento micro como no de saúde pública, com acesso a grandes escalas.

A utilização do genograma como recurso adicional na ESF é referida como adequada e desejada, porém apresenta restrições no manuseio cotidiano. Outras pesquisas também apontam as potencialidades da utilização de ferramentas de apoio familiar, como o genograma, porém sem o levantamento específico de sua utilização no cotidiano. Vários estudos e artigos foram levantados em relação ao genograma, mas poucos apontam sua versatilidade inserida formalmente no manuseio básico dos profissionais de saúde. Nesse sentido, este estudo buscou contribuir como um elemento a mais na construção do conhecimento sobre a utilização prática da ferramenta.

O SUS mantém um esforço para atender as demandas em constante evolução da população como um todo. Potencializar as iniciativas na melhora da qualidade do atendimento é fundamental, tornando qualquer possibilidade que agregue valor ao sistema muito bem-vinda. Nesse sentido, a inclusão de ferramentas de apoio familiar, como o genograma, deve ser incentivada no uso diário das equipes de saúde, bem como a facilitação para o manuseio como treinamento e favorecimento para armazenamento de dados de forma simples e rápida.

A base da saúde da família conta com o trabalho de equipe multidisciplinar, ou seja, os dados colhidos com a pesquisa apontam que o genograma é uma ferramenta relevante para uma análise mais profunda da dinâmica da família por toda a equipe, de forma que podemos inferir o uso dessa ferramenta como uma das recomendações de uso para planejamento de ações para melhoria da saúde da família em atendimento e ações sociais futuras pois, as histórias familiares passadas e atuais são a base de informação para compreensão do modo de funcionamento do grupo familiar. Com isso, conseguimos os elementos principais para levantar a qualidade do atendimento da ESF.

Podemos ir além, com a recomendação de que a gestão municipal poderia investir em aprimoramento nas ferramentas tecnológicas, assim como na organização do serviço e dos processos de trabalho das equipes para que a ferramenta do genograma fosse melhor aplicada e potencializada, contribuindo para que os princípios da saúde da família estejam presentes na prática das equipes e de usuários, resultando em um atendimento mais integral.

A qualidade do atendimento do usuário do sistema de saúde está diretamente relacionada à dinâmica do entendimento da estrutura familiar. O contexto dos participantes da família guarda as informações mais relevantes para a compreensão daquele grupo, e o uso de ferramentas específicas consegue ler as nuances existentes nas relações entre os pertencentes de um núcleo familiar.

Um dos princípios da APS é a abordagem familiar, que direciona a equipe de saúde para aprofundar o entendimento do grupo familiar e de seus problemas, pois a compreensão dos padrões das famílias possibilita uma intervenção na dinâmica instalada. Fica nítido que as ferramentas de abordagem familiar são certas e auxiliam no trabalho com as famílias, podendo-se visualizar as dinâmicas, os relacionamentos e os padrões com mau funcionamento, permitindo possíveis intervenções. Para planejamento e tomada de ações é essencial conhecer a família de forma consistente, pois a família tem a força de favorecer ou não o sucesso dos tratamentos.

Apesar de extremamente bem qualificado pelos participantes, o genograma não é utilizado na prática cotidiana, o que torna esse o principal desafio identificado pelo estudo. Aspectos da formação de profissionais de saúde podem ser aprimorados visando incluir teoria e prática de ferramentas como o genograma nas grades curriculares.

Concluindo, sabemos que não existe sistema de saúde perfeito que consiga atender toda e qualquer demanda populacional, mas podemos apresentar resultados melhores com incrementos na melhoria e qualidade dos serviços públicos com ferramentas simples e baratas, como o genograma, adicionadas ao cotidiano. Ações descomplicadas com resultados significativos não demandam investimentos altos e resultam em retornos positivos na APS. Incrementos na prevenção e cuidado à saúde, como os de ferramentas de abordagem familiar, resultam em redução de gastos futuros do Estado por possibilitar a diminuição de complicações na saúde física e mental da família e de seus componentes.

## CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

## REFERÊNCIAS

1. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2006.
2. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
3. Chapadeiro CA, Andrade HYSO, Araújo MRN. A família como foco da atenção primária à saúde. Belo Horizonte: Nescon/UFMG; 2011.
4. Bowen M. De la familia al individuo: la diferenciación del sí mismo en el sistema familiar. Barcelona: Paidós; 1991.
5. Sousa AN, Cielo AC, Gomes IC, Oliveira Júnior JG. Estratégia e-SUS AB: transformação digital na Atenção Básica do Brasil. In: Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR, editor. Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros. Brasília: TIC Saúde; 2018. p. 29-38, 2018.
6. Nascimento LC, Dantas IRO, Andrade RD, Mello DF. Genogram and ecomap: Brazilian nursing contributions. *Texto Contexto Enferm*. 2014;23(1):211-20. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072014000100025>
7. Borges CD, Costa MM, Faria JG. Genograma e atenção básica à saúde: em busca da integralidade. *Revista Psicologia Saúde*. 2015;7(2):133-41.
8. Talbot Y. Assessing the single-parent family [Internet]. *Can Fam Physician*. 1985 [acesso em 7 abr. 2022]. Disponível em: [https://www.academia.edu/62228321/Assessing\\_The\\_Single\\_Parent\\_Family](https://www.academia.edu/62228321/Assessing_The_Single_Parent_Family)
9. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1999;15(2):345-53. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000200019>
10. Wagner ABP, Wagner HL, Talbot Y, Oliveira E, Czezczko NG, Ribas CA, et al. Trabalhando com famílias em saúde da família. *Revista de Medicina do Paraná*. 1999;57(1/2):40-6.
11. Athayde ES, Gil CRR. Possibilidades do uso do Genograma no trabalho cotidiano dos médicos das equipes de saúde da família de Londrina. *Revista Espaço Saúde*. 2005;6(2):13-22.
12. Ariès P. História social da criança e da família. Rio de Janeiro: LTC-Livros Técnicos e Científicos; 1981.
13. Carter B, McGoldrick M. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 1995.
14. Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenção na família. 2ª ed. São Paulo: Editora Roca; 2002.
15. Carvalho IMM, Almeida PH. Família e proteção social. *São Paulo Perspec*. 2003;17(2):109-22. <https://doi.org/10.1590/S0102-88392003000200012>
16. Alves JED, Cavenaghi SM, Barros LFW. A família DINC no Brasil: algumas características sociodemográficas. Rio de Janeiro: IBGE, Escola Nacional de Ciências Estatísticas; 2010.
17. Penteadó PA. Construção social da maternidade. *Rev Bras Ter Família*. 2012;4(1):23-34. <https://doi.org/10.60114/rbtf.v4i1.66>
18. Leonidas C, Santos MA. Family relations in eating disorders: the Genogram as instrument of assessment. *Ciênc Saúde Colet*. 2015;20:1435-47. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015205.07802014>
19. Bowen M. Family psychotherapy with schizophrenia in the hospital and private practice. In: Boszormenyi-Nagy I, Framo JL, editors. *Intensive family therapy: theoretical and practical aspects*. New York: Harper & Row; 1965. p. 213-43.
20. Andolfi M, Angelo C, Menghi P, Nicolo-Corigliano AM. Por trás da máscara familiar: um novo enfoque em terapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas; 1984.
21. Minuchin S, Fishman CH. Técnicas de terapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990.
22. Cerveny OC, Berthoud CME. Família e ciclo vital: nossa realidade em pesquisa. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.

23. Kaës R. Transmissão da vida psíquica entre gerações. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
24. Boszormenyi-Nagy I, Spark GM. Lealdades invisíveis: reciprocidade em terapia familiar intergeracional. Buenos Aires: Amorrortu; 2003.
25. Bacal MEA, Magalhães AS, Féres-Carneiro T. Transmissão geracional da profissão na família: repetição e diferenciação. *Psico*. 2014;45(4):454-62. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2014.4.15344>
26. Penteado P. Transtornos alimentares: transmissão geracional, obesidade e família. In: Damião DB, Moreira RC. *Psicologia: um olhar na família*. São Paulo: Editora Científica Digital; 2020. p. 138-47. <https://doi.org/10.37885/200500245>
27. Fortes M. The developmental cycle in domestic groups. In: Goody J, editor. *Cambridge papers in Social Anthropology*. Cambridge: Cambridge University Press; 1958. p. 53-91.
28. Peixoto CE. Aposentadoria: retorno ao trabalho e solidariedade familiar. In: Peixoto CE. *Família e envelhecimento*. Rio de Janeiro: FGV; 2004. p. 57-84.
29. Walsh F. *Processos normativos da família: diversidade e complexidade*. Porto Alegre: Artmed; 2016.
30. Gomes HS. Educação para família: uma proposta de trabalho preventivo. *Rev Bras Cresc Des Hum*. 1994;4(1):34-9. <https://doi.org/10.7322/jhgd.37714>
31. McDonald K, Schultz E, Albin L, Piñeda N, Lonhart J, Sundaram V, et al. *Care coordination measures atlas*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2011.
32. Giovanella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar ACA, Rosa MC, Martins GB, Santos IS, et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23:1763-76. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018>
33. Rodrigues PHA. Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. *Hist Ciênc Saúde Manguinhos*. 2014;21(1):37-60. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100003>
34. Paim JS. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). *Saúde Debate*. 2020;43(n. esp.):15-28. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S502>
35. Aguilera Campos CE., Cohn A, Brandão AL. Trajetória histórica da organização sanitária da Cidade do Rio de Janeiro: 1916-2015. Cem anos de inovações e conquistas. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(5):1351-64. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.00242016>
36. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(6):1903-14. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>
37. Nolte E., McKee M. *Caring for people with chronic conditions. a health system perspective*. Maidenhead: Open University Press/McGraw-Hill; 2008.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Estratégia Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde; [s.d.] [citado em 6 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/esf>
39. Hemfelt R, Minirth F, Meier P. *O amor é uma escolha: recuperação para relacionamentos codependentes*. Nashville: Grandalfo Editores; 1989.
40. Cecagno S, Souza MD, Jardim VMR. Compreendendo o contexto familiar no processo saúde-doença. *Acta Sci Health Sci*. 2004;26(1):107-12.
41. Fonseca C. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. *Saúde Soc*. 2005;14(2):50-9. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902005000200006>
42. Lacerda MKS, Pereira ACA, Pereira MM, Teixeira RLOD, Veloso DCMD, Pimenta DR. Ferramentas de abordagem familiar: estudo de uma família cadastrada em uma equipe de estratégia saúde da família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil [Internet]. *Revista de Iniciação Científica do UninCor*. 2017;7(1):25-34 [citado em 10 jul. 2025]. Disponível em: <http://periodicos.unincor.br/index.php/iniciacaocientifica/article/view/3984/3184>
43. Silva MCLSR, Silva L, Bousso RS. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(5):1250-5. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000500031>
44. Fernandes C, Curra L. *Ferramentas de abordagem familiar*. Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora; 2006.
45. Silva MJ, Victor JF, Mota FRN, Soares ES, Leite BMB, Oliveira ET. Analysis of psychometric properties of family APGAR with elderly in northeast Brazil. *Esc Anna Nery*. 2014;18(3):527-32. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140075>
46. Sarti C. O lugar da família no Programa de Saúde da Família. In: Trad LAB, ed. *Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2010. p. 91-103.
47. Mello DF, Viera CS, Simpionato E, Biasoli-Alves ZMM, Nascimento LC. Genograma e ecomapa: possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família. *Rev Bras Cresc Desenv Hum*. 2005;15(1):79-89.
48. Machado HB, Soprano ATB, Machado C, Lustosa ACP, Lima MH, Mota ACG. Identificação de riscos na família a partir do Genograma. *Fam Saúde Desenv*. 2005;7(2):149-57. <https://doi.org/10.5380/fsd.v7i2.8042>
49. Camilo LA, Couto LL, Barreto ACM, Santos ACS, Regazzi, ICR, Pinto LF. Family violence against children: approach to nursing through genogram and ecomapa. *R Pesq Cuid Fundam Online*. 2021;13:1554-60. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.10443>
50. Santos JAD, Cunha ND, Brito SMS, Brasil CHG. Ferramenta de abordagem familiar na atenção básica: um relato de caso. *J Health Sci Inst*. 2016;34(4):249-52.
51. Viegas AB. *Possibilidades de uso de ferramentas de abordagem familiar na construção da SAE na APS: o genograma funcional [dissertação]*. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2019.
52. Mejía Gómez D, Soto Soto MI, Molina de Uriza J, Ruiz Puiana CE. *Salut familiar*. Bogotá: ASCOFAME; 1990.

53. Wendt NC, Crepaldi MA. A utilização do Genograma como instrumento de coleta de dados na pesquisa qualitativa. *Psicol Reflex Crit.* 2008;21(2):302-10. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722008000200016>
54. McGoldrick M, Gerson R. Genetogramas e o ciclo de vida familiar. In: Carter B, McGoldrick M, eds. *As mudanças no ciclo de vida familiar. Uma estrutura para a terapia familiar.* 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
55. Nichols MP, Schwartz RC. *Terapia familiar: conceitos e métodos.* Porto Alegre: Artmed Editora; 2009.
56. McGoldrick M, Shibusawa T. The family life cycle. In: Walsh F, ed. *Normal family processes: growing diversity and complexity.* The Guilford Press; 2012. p. 375-98.
57. Git Mind. Doenças [Internet]. GitMind; 2022 [acessado em 12 set. 2022]. Disponível em: <https://gitmind.com/app/flowchart/v176rrz6af>
58. The Multicultural Family Institute. Kahlo genogram [Internet]. Mult Cultural Family; 2022 [acessado em 12 set. 2022]. Disponível em: <https://multiculturalfamily.org/product/kahlo-genogram-downloadable-pdf/>
59. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde Debate.* 2018;42(spe1):18-37. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s102>
60. Minayo S, Deslandes MC, Gomes RSF. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade.* Petrópolis: Editora Vozes, 2011.
61. Proetti S. As pesquisas qualitativa e quantitativa como métodos de investigação científica: um estudo comparativo e objetivo. *Revista Lumen.* 2017;2(4). <https://doi.org/10.32459/revistalumen.v2i4.60>
62. Günther H. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? *Psic Teor Pesq.* 2006;22(2):201-9. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722006000200010>
63. Lima DMC. *Estratégia Saúde da Família na cidade do RJ: desafios da atenção primária numa grande cidade [dissertação].* Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2014.
64. Soranz D. A reforma da atenção primária no Rio de Janeiro [Internet]. Rio de Janeiro: Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro; 2012 [acessado em 10 jul. 2025]. Disponível em: [https://subpav.org/download/prot/A\\_Reforma\\_da\\_APS\\_no\\_Rio\\_de\\_Janeiro\\_2009\\_2012.pdf](https://subpav.org/download/prot/A_Reforma_da_APS_no_Rio_de_Janeiro_2009_2012.pdf)
65. Mónico L, Alferes VR, Castro PA, Parreira PM. A observação participante enquanto metodologia de investigação qualitativa. *Atas CIAIQ.* 2017;724-33.
66. Harzheim E, Pinto LF, Hauser L, Soranz D. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* 2016;21(5):1399-408. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.26672015>
67. PSE CARIOCA. Programa de saúde na escola [Internet]. 2018 [acessado em 1 jun. 2023]. Disponível em: <https://psecarioca.wordpress.com>
68. Mota JS. Utilização do google forms na pesquisa acadêmica. *Rev Humanid Inov.* 2019;6(12):371-3.
69. Castells M. *A sociedade em rede: a era da informação: economia, sociedade e cultura.* 6ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.
70. Mackey A, Gass SM. *Second language research: methodology and design.* New York: Routledge; 2010.
71. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.* Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2006.
72. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental [Internet]. [acessado em 10 dez. 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental>
73. Dantas ESO. Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19. *Interface (Botucatu).* 2021;25(suppl 1):e200203. <https://doi.org/10.15590/Interface.200203>
74. Borges MM, Custódio LA, Cavalcante DF, Pereira AC, Carregar RL. Custo direto de internações hospitalares por doenças crônicas não transmissíveis sensíveis à atenção primária em idosos. *Ciênc Saúde Colet.* 2023;28(1):231-42. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023281.08392022>
75. Manguiera SO, Guimarães FJ, Manguiera JO, Fernandes AFC, Lopes MVO. Promoção da saúde e políticas públicas do álcool no Brasil: revisão integrativa da literatura. *Psicol Soc.* 2015;27(1):157-68. <https://doi.org/10.1590/1807-03102015v27n1p157>
76. Freire SD. *Com açúcar, sem afeto.* In: Del Priori M, Amantino M, eds. *História do corpo no Brasil.* São Paulo: Editora Unesp; 2011.
77. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. O que é o e-SUS APS? [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [acessado em 5 dez. 2024]. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/esus/>
78. Postal L, Celuppi IC, Lima GS, Felisberto M, Lacerda TC, Wazlawick RS, et al. Sistema de agendamento online: uma ferramenta do PEC e-SUS APS para facilitar o acesso à Atenção Primária no Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* 2021;26(6):2023-34. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.38072020>