

A publicação "Registos Clínicos em Medicina Familiar", é um trabalho útil a dois níveis: em primeiro lugar, é um texto claro e acessível que contém o essencial sobre o tema; em segunda linha – talvez a mais importante – chama a atenção para a necessidade de métodos de avaliação e de registos simples e correctos que permitam de algum modo objectivar a "impressão clínica" que a abordagem familiar suscita.

REGISTOS CLÍNICOS EM MEDICINA FAMILIAR

Registos Clínicos em Medicina Familiar



Lisboa 1991



INSTITUTO DE
CLÍNICA GERAL
DA ZONA SUL

MINISTÉRIO DA SAÚDE

DIRECÇÃO GERAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Rui Trabucho Caeiro

Rui Caeiro

REGISTOS CLÍNICOS EM MEDICINA FAMILIAR

A publicação "Registos Clínicos em Medicina Familiar", é um trabalho útil a dois níveis: em primeiro lugar, é um texto claro e acessível que contém o essencial sobre o tema; em segunda linha – talvez a mais importante – chama a atenção para a necessidade de métodos de avaliação e de registos simples e correctos que permitam de algum modo objectivar a "impressão clínica" que a abordagem familiar suscita.

Registos Clínicos em Medicina Familiar

Lisboa 1991



INSTITUTO DE
CLÍNICA GERAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE

MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIRECÇÃO-GERAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

**Registos Clínicos
em Medicina Familiar**

RUI CAEIRO
Generalista
Especialista pela Ordem dos Médicos

Colaboração:
Isabel Andrade
Isabel Santos
M^º João Queiroz
Susana Santos
Teresa Resina

INSTITUTO DE CLÍNICA GERAL DA ZONA SUL

Director: J.G. JORDÃO

capa:

AUGUSTO METELO

edição:

INSTITUTO DE CLÍNICA GERAL DA ZONA SUL

revisão de texto:

FERNANDO LOPES; M^a JOÃO QUEIROZ

composição e execução gráfica:

ÉDIPO, edição electrónica, lda.

tiragem: 3000 exemplares

1^a edição: 1991

Direitos de Tradução, Reprodução e Adaptação desta edição reservados para todos os países por:

Instituto de Clínica Geral da Zona Sul
Edifício Centro de Saúde de Sete Rios
Largo Professor Arnaldo Sampaio
1500 LISBOA

Dep. Legal n^o 49951/91

Dedicatória

Dedico este trabalho a todos os Clínicos Gerais Portugueses e em especial àqueles cujo contributo tem sido o de afirmar a Clínica Geral como uma especialidade com identidade própria, virada para a abordagem holística do indivíduo.

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Daniel Sampaio que prontamente aceitou a escrever o Prefácio.

A todos os colaboradores, pela contribuição prestada.

À Senhora D. Maria das Neves, que dactilografou por várias vezes este trabalho.

À Dr^a Isabel Santos agradeço o empenhamento e dedicação demonstrados, quer na integração das diferentes contribuições no texto inicial, tornando-o num todo coerente, quer na revisão crítica dos conteúdos conceptuais mais importantes, aumentando o rigor deste trabalho.

Rui Caeiro

Sendo o Instituto de Clínica Geral da Zona Sul uma instituição que no âmbito do Ministério da Saúde e sob a tutela da Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários visa a implementação de estratégias conducentes ao desenvolvimento da Clínica Geral e da Medicina Familiar, cedo senti a necessidade de apoiar as suas actividades com uma política editorial que viesse ao encontro das necessidades dos médicos clínicos gerais.

Por diversas razões algumas dificuldades impediram que com a precocidade desejada, matéria publicada pelo Instituto se traduzisse no cumprimento desse objectivo. Contudo, encontrado um formato que tornasse convidativa a sua leitura, na posse de conteúdos coerentes com o que se tem defendido como importante para a cultura própria do exercício da Clínica Geral que intransigentemente defendemos e com o aparecimento de autores que pelo seu saber, experiência e empenhamento se disponibilizam para que aquele desejo se torne realidade, estamos em condições de iniciar, com a regularidade possível, um conjunto de publicações destinadas aos médicos de Clínica Geral.

Esta primeira publicação "Registos Clínicos em Medicina Familiar" constitui, assim, o arranque e o incentivo para prosseguirmos com o nosso projecto editorial, cuja pertinência e adequação será, sobretudo, resultado das contribuições e apoio que esperamos receber dos colegas.

É, portanto, justo reconhecer e salientar o contributo que o Dr. Rui Caeiro dá à Clínica Geral com o trabalho que agora é objecto desta publicação. Não querendo ser redundante relativamente à justificação da importância do tema, incluída na obra e inferida pela sua leitura, acredito que este trabalho representará um instrumento útil para o desenvolvimento da Clínica Geral e dos seus profissionais que, de certo, renderão ao Dr. Rui Caeiro a devida homenagem.

Para todos os colaboradores do Instituto da Zona Sul que de uma forma ou de outra também contribuíram para a feitura desta publica-

ção uma palavra de reconhecimento torna-se num imperativo.

Finalmente, um apelo a todos os colegas no sentido da colaboração neste projecto que queremos viável, útil e gratificante.

Junho de 1991

José Guilherme Jordão
Director do ICGZS

Índice

Prefácio.....	11
Introdução.....	13
Função do Registo Clínico	15
O Registo Médico Orientado por Problemas.....	19
Abordagem Familiar.....	25
GENOGRAMA	26
CICLO DE VIDA FAMILIAR DE DUVALL	30
APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN	31
DINÂMICA FAMILIAR DE MINUCHIN.....	33
LINHA DE VIDA DE MEDALIE	34
PSICOFIGURA DE MITCHEL	35
CÍRCULO FAMILIAR DE THROWER.....	36
ESCALA DE READAPTAÇÃO SOCIAL DE HOLMES E RAHE, PARA UNIDADE DE CRISE.....	37
MAPA ECOLÓGICO OU ECO MAPA	38
MODELO DE OLSON	40
SITUAÇÕES EM QUE A AVALIAÇÃO FAMILIAR É MANDATÓRIA	43
Nota Final	45
Referências Bibliográficas	47

Índice de Quadros e Figuras

Quadro I	Conteúdo Essencial dos Dados Base	16
Quadro II	Lista de Problemas	21
Quadro III	Nota de Seguimento (SOAP).....	22
Quadro IV	APGAR Familiar de Smilkstein.....	32
Quadro V	Linha de Vida de Medalie.....	34
Quadro VI	Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe	37
Figura 1.	Genograma Familiar	27
Figura 1A.	Símbolos do Genograma	28
Figura 2.	Ciclo de Vida Familiar de Duvall	30
Figura 3.	Exemplos de Famílias Disfuncionais	33
Figura 4.	Psicofigura de Mitchell	35
Figura 5.	Círculo Familiar de Thrower	36
Figura 6.	Eco-Mapa.....	39
Figura 7.	Versão Portuguesa do Modelo de Olson	41

Prefácio

"A FAMÍLIA E O SEU MÉDICO"

Ser médico de família é ser capaz de estabelecer uma relação continuada e empática com um sistema familiar. É conseguir ultrapassar o imediato do pedido individual de consulta médica para tentar compreender o conjunto dos problemas de família, sem perder de vista a sua interacção e o momento do ciclo vital em que se encontram.

Ser médico de família não pode ser trabalhar em más condições, assoberbado com tarefas burocráticas, esmagado por uma carreira cheia de incertezas e tantas vezes não valorizada. Não pode ser também continuar a trabalhar numa perspectiva linear causa-efeito que se traz dos bancos da Faculdade de Medicina, esquecendo a coesão da família e a adaptabilidade do sistema. Mais do que receitar, é preciso ouvir a família: cinco minutos disponíveis podem fazer o agregado familiar reflectir e sobretudo auto-organizar-se de um modo diferente.

Intervir junto de uma família não é colocar-se numa posição de fora para dentro, classificar aquelas pessoas como pertencendo a um conjunto disfuncional e propôr-lhes a mudança, à luz de ideias preconcebidas. Se o médico de família quiser ser minimamente eficaz, terá de basicamente construir uma realidade com o sistema familiar, perceber as suas regras e catalisar a sua nova organização. É por isto que uma simples entrevista familiar com metodologia sistémica, pode permitir à família a pausa reflexiva suficiente para encetar um novo modelo organizativo, capaz de responder melhor às exigências do momento do seu ciclo de vida.

Então o médico de família minimamente preparado poderá evitar o agravar da crise existencial de um ou vários membros e, global-

mente, ajudar a família a encontrar um novo equilíbrio.

A publicação "Registos Clínicos em Medicina Familiar", que o Dr. Rui Caeiro em boa hora organizou e que gostosamente recomendamos, é um trabalho útil a dois níveis: em primeiro lugar, é um texto claro e acessível que contém o essencial sobre o tema; em segunda linha – talvez a mais importante – chama a atenção para a necessidade de métodos de avaliação e de registos simples e correctos que permitam de algum modo objectivar a "impressão clínica" que a abordagem familiar suscita. Se, como disse, é essencial a empatia e a disponibilidade do técnico, a intervenção na família exige sempre uma metodologia rigorosa e dados objectivos, para que possa ser útil. Esta obra não pretende indicar uma obrigatoriedade de burocratizar o atendimento familiar, mas antes pretende torná-lo mais prático, facilitando a posterior intervenção de uma nova avaliação mais tardia.

Espero que "Registos Clínicos em Medicina Familiar" constitua um instrumento de trabalho útil para todos aqueles que se dedicam ao trabalho com famílias.

Lisboa, Abril de 1991

*Daniel Sampaio**

Introdução

O Registo é sempre *um instrumento fundamental* e assume características específicas em Clínica Geral. A sua função é fornecer, sempre que necessário, informação acerca de um indivíduo, tendo em atenção as componentes biológica, psicológica e social.

Se por um lado, a ficha clínica deve ter um máximo de informação útil, não poderá deixar de ser um *instrumento prático* de consulta, permitindo que rapidamente se obtenha uma compreensão dos problemas de saúde mais relevantes, constituindo-se como um suporte indispensável para o raciocínio e decisão em Clínica Geral e Medicina familiar.

A anotação diária deve ser sucinta e estruturada de modo a que os problemas identificados e a resolução adoptada, sejam claros.

Os Registos devem ser regularmente organizados e sintetizados.

O objectivo deve ser a *simplicidade* e a *acessibilidade*. No entanto, a preocupação com um bom registo não deve fazer com que se lhe dê mais atenção do que ao utente. Deve ser um elemento de ligação e não de distanciação.

Um bom registo é um índice da qualidade da actividade do médico e é fundamental para uma boa abordagem do utente.

*Psiquiatra e Terapeuta familiar, Professor na Faculdade de Medicina de Lisboa

Função do Registo Clínico

Segundo McWhinney (8), o registo clínico tem cinco objectivos :

1. Permitir um acesso rápido aos dados de um utente
2. Permitir a anotação contínua de todo(s) o(s) problema(s)
3. Permitir a contabilização da frequência de consultas
4. Permitir a obtenção de dados de modo a planear acções preventivas
5. Permitir a formação contínua do médico

Analisemos estes pontos com mais detalhe:

1. ACESSO RÁPIDO AOS DADOS DE UM UTENTE

Entende-se como dados básicos aqueles que o médico deve ter conhecimento antes de tomar uma decisão clínica.

A obtenção de dados deve ser ponderada. Demasiada informação pode ser contraproducente, pois podem perder-se itens importantes. Em contrapartida, uma escassez de dados implica perda de informação.

Nenhuma ficha pode conter toda a informação acerca de um indivíduo ou família. Além disso, a informação *importante* pode sofrer alterações com a evolução dos problemas.

Grande número de autores estão de acordo quanto ao conteúdo essencial dos dados base (17) (Quadro I).

Para além dos dados apontados deve haver informação que contribua para um melhor conhecimento do indivíduo. Assim, devemos também considerar: alguns detalhes sociais (ambiente familiar e social); perfil pessoal (passatempos, actividade profissional); imunizações, etc..

Quadro I - Conteúdo Essencial dos Dados Base

DADOS	CONTEÚDO
Demográficos	Idade Sexo Estado Civil Ocupação
Antecedentes Pessoais	Doenças prévias Acidentes Intervenções cirúrgicas Crise ou Disfunção familiar
Antecedentes Familiares	História familiar positiva para certas doenças com carácter hereditário ou maior incidência familiar
Biológicos base	Peso Altura Tensão Arterial
Factores de Risco	Alergias Hábitos tabágicos e/ou alcoólicos

Cormack (3) é, no entanto, ainda mais objectivo, subdividindo este tipo de dados em três níveis:

- A. Informação Clínica Essencial
- B. Informação Clínica Altamente Desejável
- C. Informação Clínica Desejável

A. INFORMAÇÃO CLÍNICA ESSENCIAL

A informação clínica essencial é a que pode ser vital em situações de urgência em que o doente está inconsciente ou não colabora e inclui os seguintes itens:

- a) Hipersensibilidade a drogas.
- b) Terapêutica corrente.
- c) História de Diabetes Mellitus ou outras doenças endócrinas tais como doença de Addison ou Mixedema.
- d) História de Epilepsia.
- e) História de Enfarte do Miocárdio.
- f) História de Acidente Vascular Cerebral.
- g) Alterações Congénitas Neurológicas ou Cardíacas.

B. INFORMAÇÃO ALTAMENTE DESEJÁVEL

É importante que esta informação conste na ficha clínica.

- a) Doenças graves não incluídas na categoria *essencial*
- b) Intervenções Cirúrgicas;
- c) Grupo Sanguíneo.

C. INFORMAÇÃO DESEJÁVEL

A informação desejável é aquela que amplia o conhecimento sobre o utente e dá indicação sobre a situação psicológica e social.

- a) Ocupação.
- b) Estrutura familiar.
- c) Antecedentes pessoais de problemas de saúde menor.
- d) Acontecimentos vitais.

2. ANOTAÇÃO CONTÍNUA DOS PROBLEMAS DE SAÚDE

O registo clínico deve ser claro, conciso e rapidamente perceptível por qualquer outro médico que eventualmente preste cuidados ao utente.

Deve incluir todos os achados positivos, os achados negativos importantes, diagnósticos e/ou problemas, resultados de exames complementares, planos em fase de execução e drogas prescritas.

Para que esta informação seja útil há que, por um lado fazer uma boa lista de problemas e por outro, ser o mais sintético possível na anotação, sem no entanto a omitir.

3. ANOTAÇÃO DA FREQUÊNCIA DE CONSULTAS

A frequência de consultas de um mesmo utente pode ser uma chave importante para entender a origem da disfunção, quer esta seja do indivíduo, quer seja social, nomeadamente da família.

Dá que seja importante anotar e datar toda e qualquer visita, por mais insignificante que possa parecer, assim como é importante anotar quando a consulta é de iniciativa do médico.

4. PLANEAMENTO DE ACÇÕES PREVENTIVAS

Através do conhecimento de cada indivíduo, da comunidade em que este se insere e ainda tendo em conta os problemas de saúde mais relevantes, é possível planejar acções de carácter preventivo.

5. FORMAÇÃO CONTÍNUA DO MÉDICO

Uma das formas de aprendizagem do médico é a reflexão sobre a sua própria experiência. Um bom registo é um meio de auto-avaliação da qualidade dos cuidados prestados, constituindo por isso um dos mais importantes *factores de educação contínua*.

A ficha clínica deverá ser também um meio de informação sobre a história natural das doenças tal como elas são vistas em clínica geral, permitindo aos médicos de Clínica Geral desempenharem um papel relevante no âmbito do estudo da epidemiologia clínica.

Em conclusão poder-se-á dizer que não há soluções ideais, cada médico deve criar e adoptar o seu próprio método para fazer um *registo* mais dinâmico, mais acessível e mais útil.

O Registo Médico Orientado por Problemas

Em Clínica Geral, o médico trabalha mais com problemas de saúde, do que com diagnósticos, assim como na maior parte das vezes mais com sintomas isolados, do que com quadros bem definidos.

Muitas vezes, também o problema identificado pelo médico não é necessariamente o que mais preocupa o utente, mas sim outro, decorrente do próprio sintoma apresentado, ou ocorrendo independentemente deste.

O problema pode ser de ordem anatómica, fisiológica, sintomática, social, económica, psíquica, resultante de alterações em exames complementares ou devido à identificação de factores de risco em determinada situação (por ex.: um acontecimento vital da vida do indivíduo ou antecedentes familiares de doença cardiovascular).

Dá que o *Problema* seja a unidade funcional do Registo Médico Orientado por Problemas (RMOP) (10,16).

O RMOP apresenta quatro componentes fundamentais:

- Base de Dados;
- Lista de Problemas;
- Folha de Consulta com notas de seguimento e plano de seguimento;
- Folha de Resumo, Fluxogramas, etc..

1. LISTA DE PROBLEMAS

Constitui a parte da ficha clínica que poderá levantar mais dúvidas acerca do seu preenchimento.

Quais os problemas que devem ser incluídos na lista?

O Royal College of General Practitioners, na sua publicação

"Medical Record's in General Practice" (17) define os seguintes critérios de inclusão:

A. DOENÇAS RELEVANTES

- a) Doenças ligadas a remissões ou recorrências (ex.: úlcera péptica).
- b) Doenças ligadas a complicações (ex.: neoplasias).
- c) Intervenção Cirúrgica Major (ex.: gastrectomia).
- d) Doença que o doente possa ter tendência a ocultar (ex.: doença venérea).

B. DOENÇAS QUE REQUEREM TRATAMENTO MÉDICO CONTÍNUO

- a) Doenças com terapêutica contínua (ex.: hipertensão).
- b) Doenças com necessidade de vigilância contínua (ex.: insuficiência renal).

C. DOENÇAS QUE CONDICIONAM A ESCOLHA DE TERAPÊUTICA

- a) Alergias.
- b) Úlcera péptica.

D. DOENÇAS QUE AFECTAM AS FUNÇÕES DO DOENTE

- a) Cegueira.
- b) Surdez

E. PROBLEMAS SOCIAIS

- a) Estrutura Familiar Disfuncional.
- b) Violência Familiar.
- c) Relação Interpessoal Perturbada.
- d) Desinserção Social grave.
- e) Problemas Laborais.
- f) Acontecimentos vitais (crises naturais ou acidentais)

Os problemas podem ser enumerados por ordem cronológica ou por ordem de importância, classificando-se como activos ou passivos (9).

Consideram-se como activos todos os problemas que persistem de épocas anteriores ou que começam no momento da anotação, desde que necessitem de medidas terapêuticas e/ou de seguimento.

Problemas passivos são aqueles que, não afectando presentemente o utente, devem ser tidos em conta, quer por motivos de controlo (ex.: úlcera péptica) quer devido a uma possível reactivação da doença (ex.: tuberculose pulmonar), quer ainda por serem potencialmente incapacitantes.

As notas de seguimento têm como chave o número do problema tal como foi anotado na lista de problemas e far-se-á sempre a referência a este, através do número.

A anotação de problemas deve ser uma entidade dinâmica.

Problemas *activos* podem passar a *passivos* e vice-versa; podem surgir novos problemas ou desaparecer problemas; podem agrupar-se problemas, quando estes constituírem um diagnóstico definido (Quadro II).

Quadro II - Lista de Problemas

ACTIVOS			PASSIVOS	
1	1982	Má relação conjugal, marido alcoólico	1955	Tuberculose Pulmonar (TP)
2	MAR 1984	Depressão neurótica		
3	JAN 1986	Metrorragias	MAI 1986	Úlcera Péptica
4	AGO 1987	Morte do pai		
5	NOV 1987	Epigastrias		

Uma lista de problemas deve ser colocada em lugar de relevo de modo a ser visualizada em todas as consultas. A informação "escondida" é inútil.

2. FOLHA DE CONSULTA

A folha de consulta com as notas de seguimento constitui, no fundo, a anotação do acompanhamento dos problemas. Daí, que deva estar ordenada cronologicamente.

No RMOP preconiza-se para as notas de seguimento, uma anotação simplificada, baseada em quatro itens: o Subjectivo (S), o Objectivo (O), a Avaliação (A) e o Plano (P), é o que se designa por SOAP (Quadro III).

Quadro III – Nota de Seguimento (SOAP)

DATA	SOAP	NOTAS
2DEZ87	S	Tosse com expectoração mucopurulenta. Febre. Dispneia de esforço.
	O	Temp ax: 38,5 • TA: 140/90 mmHg AP: ferveores subcrepitantes bilaterais, roncos e sibilos disseminados
	A	Bronquite crónica agudizada
	P	Suspender tabaco Rx Tórax Amoxicilina 500 mg 8h/8h Aminofilina de acção retardada 225 mg 12h/12h Ácido Acetilsalicílico 500 mg 8h/8h Reavaliar dentro de uma semana

- S ⇨ anotá-se de forma resumida a queixa actual.
 O ⇨ registam-se os achados do exame objectivo e os resultados relevantes de exames complementares.
 A ⇨ registam-se os diagnósticos e/ou as hipóteses diagnósticas.
 P ⇨ registam-se a terapêutica, as atitudes tomadas, os exames complementares pedidos ou medidas educativas programadas.

Alguns autores anotam para além do SOAP e em item independente, o motivo da consulta expresso pelo utente.

Sendo a sequência SOAP a ordenação clássica, situações há em que se pode alterar a sequência. Por exemplo, casos em que o utente volta à consulta para avaliação de uma situação, mas em que não há necessidade de fazer novo exame objectivo ou alterar o plano proposto. Neste caso poder-se-á utilizar unicamente os itens S e A.

3. FOLHAS DE RESUMO E FLUXOGRAMAS

A avaliação da evolução de determinada situação ou sintoma, especialmente em situações crónicas, pode ser anotada sob a forma de um fluxograma. Neste, pode incluir-se a frequência da sintomatologia, a evolução da medicação, a evolução de dados laboratoriais, etc..

VANTAGENS DO RMOP

O registo médico orientado por problemas revela vantagens quando aplicado nas seguintes áreas:

ÁREA CLÍNICA

1 – Permite avaliar rapidamente toda a história clínica prévia, de modo a elucidar o problema actual (*orientação do raciocínio clínico*).

2 – Permite uma rápida revisão do processo e um acesso fácil à informação pertinente, através de uma lista de problemas estruturada.

3 – Permite um registo bem estruturado, expondo o problema existente, a sua evolução e comportamento face à terapêutica.

4 – Permite, em termos descritivos simples, usados na lista de problemas, tornar mais fácil a compreensão e análise da situação presente. Quando há diferentes problemas envolvidos é melhor estabelecer prioridades.

5 – Permite, através de uma informação mais acessível, melhorar os cuidados prestados a um indivíduo.

6 – Permite, ao traçar o *perfil* do indivíduo, completar o quadro clínico.

ÁREA PREVENTIVA

1 - Permite identificar utentes cujo estado de saúde seja particularmente vulnerável, devido a factores adversos (médicos, funcionais, sócio-económicos ou ocupacionais). Assim temos, por exemplo:

- Doenças crónicas que podem envolver complicações.
- História de doença familiar.
- Deficiência física.
- Problemas sociais importantes.
- Doença ocupacional.
- Uteute que não comparece a programa profiláctico.
- Uteute com terapêutica múltipla há longa data.
- Recém-nascido com factores de risco pré-natal.
- Uteutes idosos com problemas múltiplos.

2 - Permite estabelecer prioridades e para tal, há que:

- Identificar as preocupações do indivíduo.
- Graduar as necessidades geradas pela sua incapacidade, de modo a que os cuidados médicos sejam prestados quando as necessidades são maiores.
- Avaliar e reconhecer quais os recursos existentes, nomeadamente na comunidade.

ÁREA EDUCACIONAL

1 - Permite adoptar uma classificação de problemas, flexível.

2 - Permite um registo de problemas ao nível da compreensão de quem o faz.

3 - Permite ter a visão de todos os problemas de saúde envolvidos, avaliar o seu significado relativo e estabelecer prioridades de cuidados.

ÁREA DE INVESTIGAÇÃO

1 - Permite a uniformização de dados, facilitando assim o trabalho de pesquisa.

2 - Permite a elaboração rápida de relatórios de situação.

Abordagem Familiar

Na abordagem de um utente em clínica geral, um dos factores a ter em conta é a componente familiar.

Grande número de problemas comuns de saúde, têm um padrão familiar. A doença pode ser resultado de um fenómeno de triangulação no sistema familiar proveniente da rotura de uma homeostase pré-existente, ou ainda, repetição de um padrão familiar (efeito mimético ou de imitação).

De acordo com Crouch, (4) a selecção de itens da história familiar na lista de problemas tem as seguintes funções:

- Aumentar o índice de suspeição do médico acerca de um diagnóstico particular.
- Encorajar os médicos e outros técnicos de saúde a educar os utentes, fazendo recomendações sobre alterações no estilo de vida ou nos hábitos de saúde.
- Modificar a terapêutica, de acordo com a avaliação feita pelo médico acerca de potenciais benefícios do tratamento, tendo em conta a relação *custo/benefício*.
- Identificar factores de "ansiedade" (*stress*) e a necessidade de desdramatizar certas situações de indivíduos com história familiar preocupante.
- Evitar pedir informação repetida em futuras consultas.

Aspectos relevantes da história familiar devem constar da lista de problemas.

A família deve ser encarada como um sistema. Qualquer problema que afecte um membro da família, afecta as relações dentro da família como um todo. Numa crise ou doença grave, aguda ou crónica,

a família sofre ajustes, podendo estes ser *adaptativos* ou não (8).

De acordo com Christie-Seely (1,2), pensar na Família como um Sistema, é semelhante ao raciocínio que se faz em fisiologia, em que um dado órgão é visto como fazendo parte de um conjunto de órgãos que se inter-relacionam, através de mecanismos de retroacção (positiva ou negativa), mantendo-se assim um estado de homeostasia ou de saúde. Se uma parte é isolada do todo a que pertence, o diagnóstico e o tratamento serão falíveis.

Foi no sentido de avaliar a componente familiar e a sua interacção com o indivíduo, que alguns autores desenvolveram métodos ou instrumentos de avaliação (9,11,12,13,14), sendo os mais divulgados entre nós os seguintes:

1. Genograma
2. Ciclo de Vida Familiar de Duvall
3. Apgar Familiar de Smilkstein
4. Dinâmica Familiar de Minuchin
5. Linha de Vida de Medalie
6. Psicofigura de Mitchel
7. Círculo Familiar de Thrower
8. Escala de Readaptação Social de Holmes-Rahe, para Unidade de Crise
9. Mapa Ecológico ou Eco Mapa
10. Modelo de Olson.

Importa no entanto referir que a utilização destes instrumentos ou métodos se situa, na maior parte dos casos, ao nível II/III da abordagem familiar (2).

1. GENOGRAMA

Registo gráfico da composição da família, contendo pelo menos três gerações seguidas ou sequenciais. Dá um panorama rápido da posição do indivíduo na família e os principais acontecimentos da vida familiar (Figura 1).

A representação gráfica utiliza um conjunto de símbolos mais ou menos normalizados. No entanto e porque a representação gráfica se destina, no essencial, a ser lida por aqueles que a fazem, existe actualmente uma grande diversidade de maneiras de efectuar certas representações. O simbolismo aqui representado resulta do trabalho

desenvolvido pela equipa de MacGoldrick (7) nos Estados Unidos da América (Figura 1A)

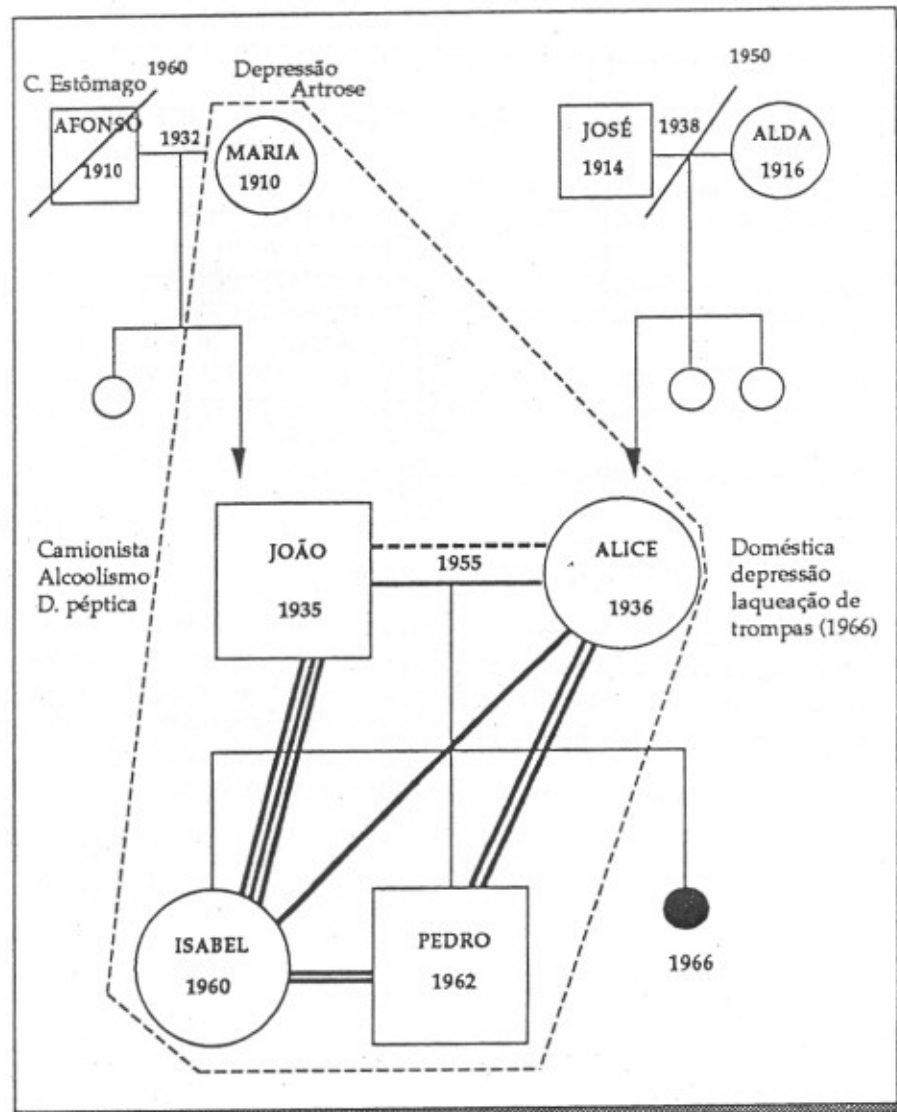


Figura 1. Genograma Familiar

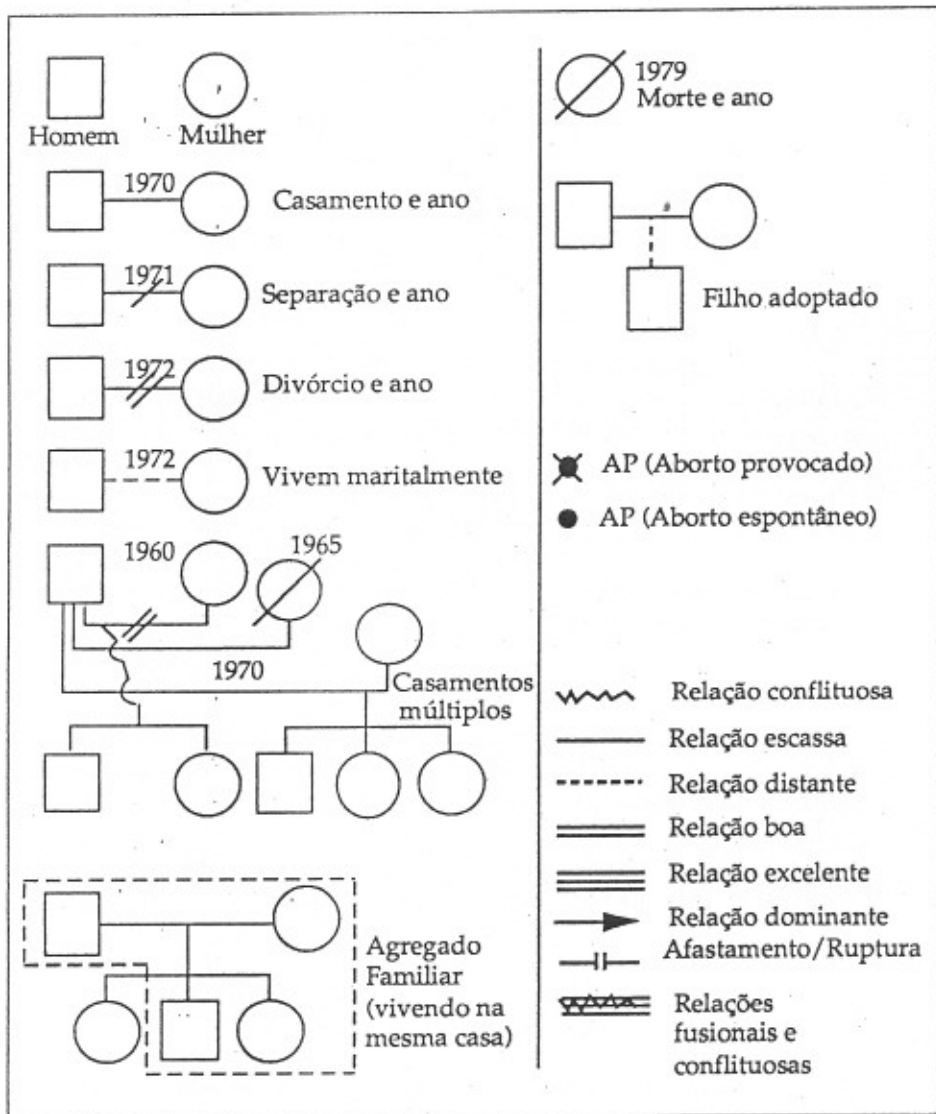


Figura 1A. Símbolos do Genograma

DADOS DE UM GENOGRAMA

- a) Nome e datas de nascimento de todos os elementos da família.
- b) Data e causa da morte de qualquer dos seus membros.
- c) Data de divórcio, separação, abortos, nados-mortos e adopção.
- d) Problemas bio-psico-sociais relevantes de qualquer dos membros da família.
- e) Indicação dos elementos que vivem na mesma casa e/ou dos quais o Médico de Família se ocupa (através de linha tracejada envolvente).
- f) Primeiro filho de cada casal à esquerda, seguindo-se os irmãos para a direita por ordem decrescente de nascimento.
- g) Padrão de interacção familiar.

Para além das informações anteriores, podem ainda ser anotadas no genograma outras consideradas de particular importância, como por exemplo: datas de emigração, religião e/ou mudança de religião, educação, ocupação, profissão ou desemprego, serviço militar, reforma, etc..

PROBLEMAS A REGISTAR NO GENOGRAMA

- a) Neoplasias
- b) Outras doenças que tenham padrões de repetição na família:
 - Alergias
 - Problemas dermatológicos
 - Diabetes
 - Osteoartrose
 - Febre reumática
 - Artrite reumatóide
 - Glomerulonefrite
 - Doenças cardiovasculares (ex.: HTA)
 - Problemas oculares (ex.: glaucoma)
 - Problemas respiratórios (ex.: asma)
 - Obesidade
- c) Problemas da reprodução:
 - Esterilidade
 - Abortos espontâneos e provocados

- Nados mortos
 - Anomalias congénitas
- d) Problemas de Saúde Mental
- e) Problemas com a Justiça. Comportamentos anti-sociais (roubo, assassínio, etc.)
- f) Consumo de drogas (incluindo álcool)
- g) Abuso físico ou incesto.

UTILIZAÇÃO E COMPREENSÃO DOS DADOS

O genograma familiar ajuda-nos a construir uma perspectiva real do passado familiar e dos problemas de saúde potenciais no futuro.

É assim, uma parte fundamental do registo médico que nos fornece informação e pode ser utilizada para clarificar os diagnósticos, melhorar a educação e adequar o tratamento do doente.

2. CICLO DE VIDA FAMILIAR DE DUVALL

O ciclo de vida familiar define as etapas pelas quais a família passa durante a sua evolução, assim como as tarefas que devem ser cumpridas pelo agregado no decorrer destas.

Para Duvall, o desenvolvimento da família centra-se na existência de filhos e na sua educação, desde o nascimento até à maturidade (Figura 2).

O médico ao identificar uma nova etapa em que a família vai entrar, pode apoiá-la e prepará-la para a transição, pelo que este instrumento, tal como o genograma, se torna indispensável.

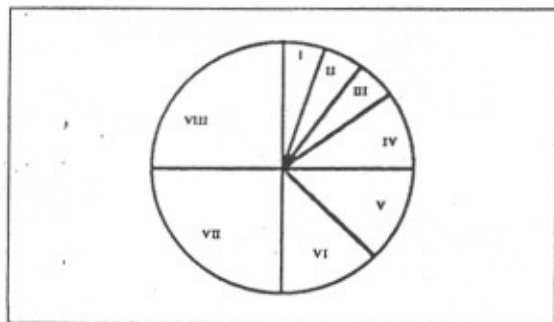


Figura 2. Ciclo de Vida Familiar de Duvall

Estádio I	⇨	Casal sem filhos
Estádio II	⇨	Família com filhos nascidos há pouco (filho mais velho nascido há menos de 30 meses)
Estádio III	⇨	Família com filhos nascidos em idade pré-escolar (filho mais velho entre os 30 meses e 6 anos)
Estádio IV	⇨	Família com filhos nascidos em idade escolar (filho mais velho entre os 6 e 13 anos)
Estádio V	⇨	Família com filhos adolescentes (filho mais velho entre os 13 e 20 anos)
Estádio VI	⇨	Família com adulto jovem a sair de casa (desde o 1º que saíu até à saída do último)
Estádio VII	⇨	Progenitores na meia idade (desde o "ninho vazio até à reforma")
Estádio VIII	⇨	Progenitores na 3ª idade (desde a reforma à morte dos dois elementos)

3. APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN

Este instrumento avalia o modo como o indivíduo sente a sua posição dentro da família num dado momento da vida, avaliando a família como funcional ou disfuncional (5,12,13,14).

O que mede o Apgar Familiar ?

ADAPTAÇÃO	Modo como os recursos são partilhados; é o grau de satisfação pela assistência recebida quando um dos membros, tem de recorrer à família.
PARTICIPAÇÃO	Modo como as decisões são partilhadas; é a satisfação de um dos membros pela reciprocidade na comunicação e pela solução dos problemas.
CRESCIMENTO	Modo como a maturidade é partilhada; é a satisfação de um membro da família pela liberdade concedida, no que respeita a mudança de funções, até se atingir o crescimento físico e emocional.
AFECTO	Modo como as experiências emocionais são partilhadas; é a satisfação de um membro com a intimidade e interacção emocional que existe na família.

DECISÃO Modo como o tempo é partilhado; é a satisfação de um membro da família com o tempo que os outros membros dedicam à família (Quadro IV).

Quadro IV – APGAR Familiar de Smilkstein

A P G A R	Quase sempre	Algumas Vezes	Quase Nunca
Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	-	-	-
Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.	-	-	-
Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.	-	-	-
Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	-	-	-
Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	-	-	-

O utente selecciona uma das três respostas, a que correspondem as seguintes pontuações:

- Quase sempre** ⇨ 2 pontos
Algumas vezes ⇨ 1 ponto
Quase nunca ⇨ 0 pontos

O resultado final obtém-se pela soma das pontuações atribuídas a cada uma das perguntas. Uma pontuação global de 7 a 10 sugere uma família altamente funcional; de 4 a 6, uma família com moderada disfunção; de 0 a 3, uma família com disfunção acentuada.

Existem, ainda o Apgar Laboral e o Apgar dos "Amigos ou social" que poderão complementar o Apgar Familiar. A utilização *isolada* do Apgar Familiar poderá levar a situações de difícil interpretação (por ex: quando se obtêm "pontuações" díspares entre membros da mesma família).

4. DINÂMICA FAMILIAR DE MINUCHIN

Esta representação avalia o elo emocional e o apoio que os elementos de uma família se dão entre si.

A família ideal é uma família funcional – (COESA)

As famílias disfuncionais – moderada ou gravemente – podem, ainda ser: **Aglutinadas/emaranhadas** ou **Dispersas/desagregadas/desligadas**. São **Aglutinadas** quando existe uma ligação excessiva que impede a individualização dos seus membros. São **Dispersas** quando existe uma ligação baixa que impede a colaboração e a comunicação dentro da família (Figura 3).

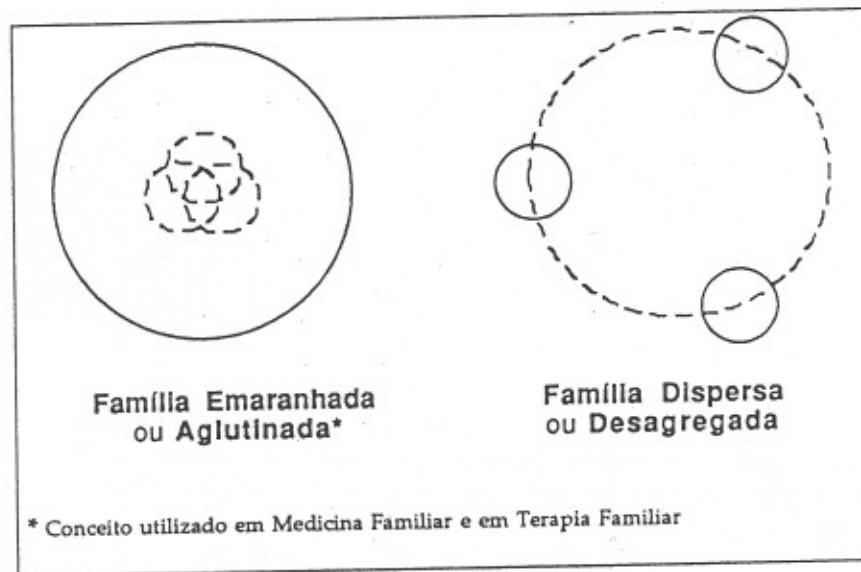


Figura 3. Exemplos de Famílias Disfuncionais

5. LINHA DE VIDA DE MEDALIE

A linha de vida de Medalie lista as ocorrências que sucedem a um indivíduo num período determinado da sua vida familiar e o impacto que tiveram, correlacionando cronologicamente os acontecimentos vitais e os problemas de saúde de uma família (Quadro V).

Pode ser apresentada de um modo simplificado assinalando só etapas de crise e localizando-as no tempo.

Quadro V - Linha de Vida de Medalie

ETAPA/CRISE	DATA	SÍNDROMA
Nascimento do João	1935	
Morte da Mãe	1945	Enurese
Início actividade laboral	1946	
Problemas laborais	1958	Síndrome dispéptico
Serviço Militar no Ultramar	1961	
Desmobilização	1963	Cefaleias
Casamento	1965	
Problemas laborais	1968	Síndrome dispéptico Ansiedade
Nascimento do filho	1971	Insónia Alterações do humor Cefaleias
Despedimento	1975	Depressão Alcoolismo Disfunção familiar
Divórcio	1979	Comportamento anti-social Internamento Síndrome Stress pós-traumático

6. PSICOFIGURA DE MITCHEL

A psicofigura pode ser realizada pelo utente, unindo, através de diferentes tipos de linhas de significado pré-estabelecido, os elementos do seu agregado familiar. Faz parte do genograma, como já foi dito anteriormente, e consiste na representação gráfica das relações inter-familiares (Figura 4).

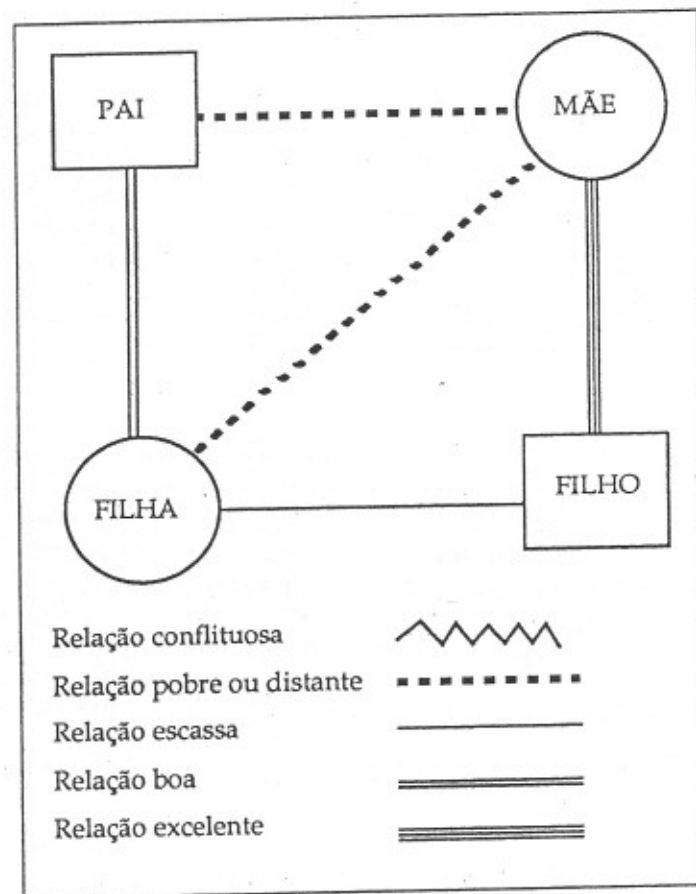


Figura 4. Psicofigura de Mitchell (adaptado de T. Owens)

7. CÍRCULO FAMILIAR DE THROWER

O Círculo Familiar de Thrower é a representação gráfica do valor que têm para o indivíduo as pessoas (familiares, amigos, etc.) e ainda alguns objectos e seres que lhe são próximos.

O entrevistador desenha um círculo grande que representa a família, e pede ao entrevistado para desenhar outros círculos que representem a sua própria pessoa e os diferentes membros da família e, se necessário outros objectos que tenham importância vital no sistema (Figura 5).

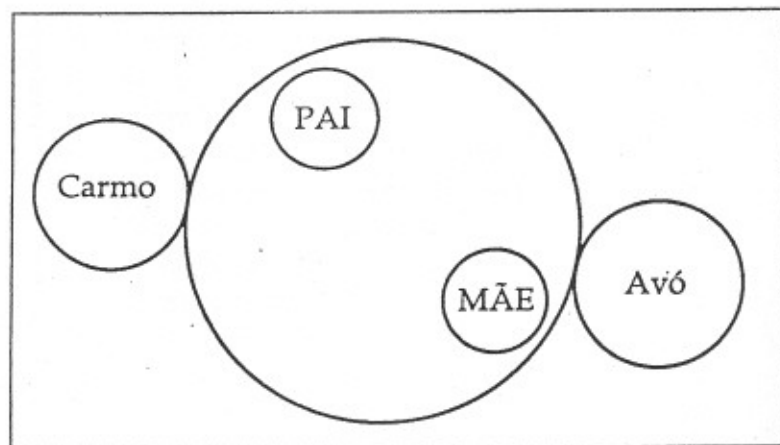


Figura 5. Círculo Familiar de Thrower

Exemplo:

MÉDICO (*desenhando o círculo*): - Carmo, isto aqui é a sua família. Desenhe outros círculos representando os diferentes membros da sua família ou outras coisas ou pessoas que lhe sejam próximas.

Da análise desta representação, ressalta que a Carmo se coloca a si e à avó, exteriores à família e que os pais, embora dentro, se encontram afastados.

Após concluída a representação pelo entrevistado, deve-se questioná-lo sobre o significado que atribuiu ao desenho que acaba de fazer:

- 1º - Está contente com a representação que fez da sua família?
- 2º - Se não está, como gostaria que fosse?
- 3º - No caso de precisar de ajuda a quem recorreria?

8. ESCALA DE READAPTAÇÃO SOCIAL DE HOLMES E RAHE, PARA UNIDADE DE CRISE

A utilização desta escala permite que a partir da valorização de determinadas situações de crise se possa, de forma sumária, avaliar as dificuldades a que um indivíduo ou família estiveram sujeitos e determinar a probabilidade de aquele vir a desenvolver uma doença psicossomática (Quadro VI).

Quadro VI - Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

Nº	ACONTECIMENTO	Valor Médio
1	Morte cônjuge	100
2	Divórcio	73
3	Separação conjugal	65
4	Saída da cadeia	63
5	Morte de um familiar próximo	53
6	Acidente ou doença grave	53
7	Casamento	50
8	Despedimento	47
9	Reconciliação conjugal	45
10	Reforma	45
11	Doença grave de família	44
12	Gravidez	40
13	Problemas sexuais	39
14	Aumento do agregado familiar	39
15	Readaptação profissional	39
16	Mudança de situação económica	38
17	Morte de um amigo íntimo	37
18	Mudança no tipo de trabalho	36
19	Alteração nº discussões c/ cônjuge	35
20	Contrair um grande empréstimo	31
21	Acabar de fazer um grande empréstimo	30
22	Mudança de responsabilid. no trabalho	29

Nº	ACONTECIMENTO	Valor Médio
23	Filho que abandona o lar	29
24	Dificuldades c/família do cônjuge	29
25	Acentuado sucesso pessoal	27
26	Cônjuge que inicia/termina emprego	26
27	Início ou fim de escolaridade	26
28	Mudança nas condições de vida	25
29	Alteração dos hábitos pessoais	24
30	Problemas com o patrão	23
31	Mudança de condições ou hábitos trabalho	20
32	Mudança de residência	20
33	Mudança de escola	19
34	Mudança de diversões	18
35	Mudança de actividades religiosas	19
36	Mudança de actividades sociais	18
37	Contrair uma pequena dívida	17
38	Mudança nos hábitos de sono	16
39	Mudança no nº reuniões familiares	15
40	Mudança nos hábitos alimentares	15
41	Férias	13
42	Natal	12
43	Pequenas transgressões à Lei	11

Quando um indivíduo obtém mais de 300 pontos por ano na escala de avaliação da readaptação social, terá 80% de probabilidade de adoecer de algum tipo de doença física ou psíquica; quando tiver $> 200 \leq 300$, terá 50% de probabilidade de adoecer, e entre 150 e 200 pontos verifica-se uma maior incidência de doenças (enfarte do miocárdio; úlcera péptica; infecções; perturbações psiquiátricas).

9. MAPA ECOLÓGICO OU ECO-MAPA

Este mapa avalia o indivíduo, família ou grupo no seu contexto ambiental, permitindo uma visão rápida dos elementos constituintes, suas interações e conexões (6).

Regista os elementos do meio que são relevantes para o indivíduo ou família, analisando as suas interligações, influências, fontes de estímulo, de suporte ou de recursos.

Mais do que o conteúdo, o Eco Mapa foca a dinâmica inter-relacional (Figura 6).

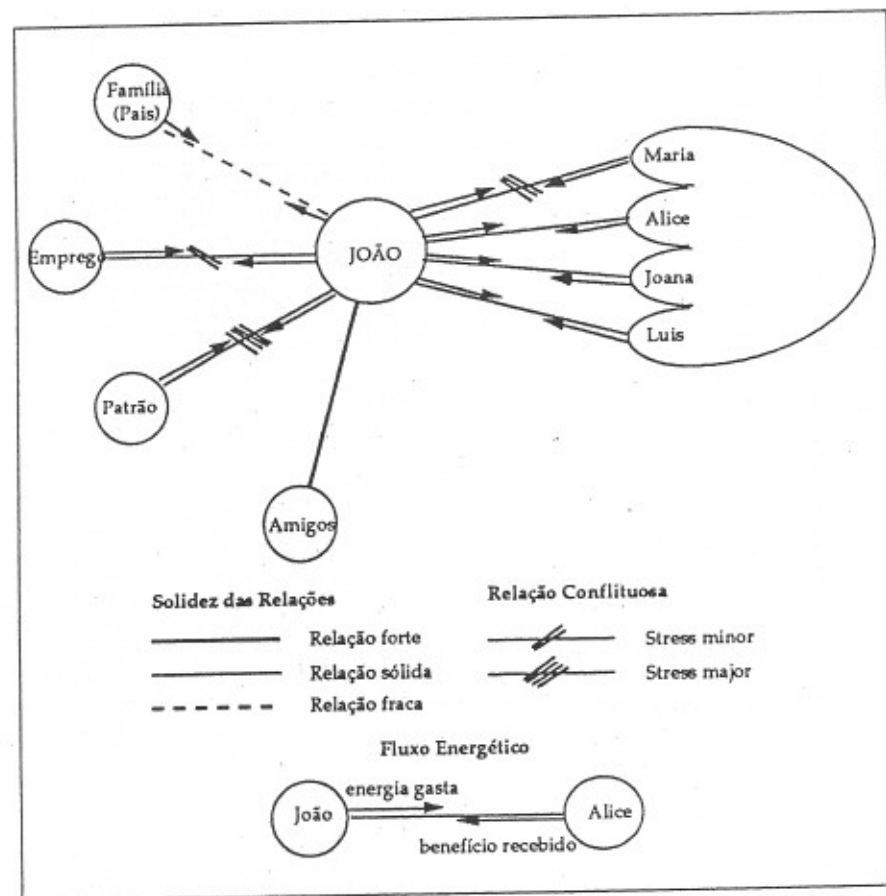


Figura 6. Eco-Mapa (João casado com Alice e com dois filhos, Joana e Luis; coabita com a sogra, Maria; assumem papel relevante na vida de João, a família, o emprego, o patrão e os amigos.)

10. MODELO DE OLSON

O Modelo de Olson é um tipo de abordagem familiar que envolve maior rigor e que requer mais treino para ser aplicado pelos Médicos de Família. Segundo Daniel Sampaio, deve ser utilizado em todas as situações em que se pretenda fazer uma investigação ou actuação clínica no sistema familiar (13).

Este modelo, também chamado CIRCUMPLEX², foi construído com base nas dimensões COESÃO e ADAPTABILIDADE do sistema familiar, tendo mais tarde sido introduzida uma terceira dimensão, a COMUNICAÇÃO.

A COESÃO descreve dois aspectos fundamentais do funcionamento da família:

1. A ligação emocional entre os seus membros.
2. O grau de autonomia individual dos mesmos.

Para avaliar o grau de coesão familiar utilizam-se as seguintes variáveis:

- a) Independência
- b) Ligações emocionais
- c) Alianças
- d) Coligações
- e) Partilha do espaço e do tempo
- f) Amigos
- g) Tomada de decisões
- h) Tempos livres e interesses

Estas variáveis irão permitir encontrar um posicionamento classificativo das famílias relativamente à coesão, a qual poderá oscilar entre "extremamente alta" e "extremamente baixa", resultando a primeira em famílias muito ligadas e com limitada autonomia individual – Famílias Aglutinadas ou Enredadas – e a segunda em famílias com baixo grau de ligação e alto grau de autonomia individual – Famílias Desligadas ou Desagregadas. Entre estes dois extremos situam-se as Famílias Separadas e as Famílias Ligadas.

A ADAPTABILIDADE traduz a capacidade do sistema familiar, quando enfrenta qualquer situação de stress (interno ou externo), para poder mudar:

- a) A estrutura de poder
- b) As regras relacionais
- c) O desempenho de papéis
- d) O tipo de negociação
- e) O sistema de "feedback"

Um sistema com esta aptidão demonstrará ser capaz de "oscilar em equilíbrio" entre períodos de transição ou crescimento (morfogénese) e de estabilidade (morfofostase), ou seja, é um sistema familiar que consegue mudar e voltar a reorganizar a sua estrutura.

Esta dimensão varia entre duas situações extremas que correspondem, ou a um muito elevado grau de adaptabilidade – Famílias Caóticas – ou a um muito baixo grau de adaptabilidade – Famílias Rígidas – encontrando-se em posição intermédia as Famílias Flexíveis e as Famílias Estruturadas.

Às posições extremas de qualquer destas dimensões correspondem sistemas familiares disfuncionais.

Pelos estudiosos desta matéria, têm sido muito utilizados dois instrumentos da Coesão e Adaptabilidade. São eles:

- Escala de Auto-Avaliação da Coesão e Adaptabilidade da Família (FACES III);
- Escala Clínica – *Clinica Rating Scale* (CRS);

A Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar elaborou estas escalas em língua portuguesa e está a usá-las confrontando a de auto-avaliação de cada membro da família com a CRS, preenchida pelos terapeutas (13,14).

A Figura 7 demonstra a identificação das famílias equilibradas, médias e extremas, distribuídas em 16 tipos possíveis de caracterização, utilizando as duas dimensões referidas atrás. Tal como ficou dito, os sistemas familiares adequadamente funcionais, encontram-se na área central do modelo e os disfuncionais nas áreas extremas.

Não esquecendo a dinâmica do sistema, perceberemos que, sendo este equilibrado, não é necessário que ocupe sempre a mesma posição, podendo mobilizar-se para uma outra zona do modelo, ainda que extrema, não permanecendo aí, no entanto, senão o tempo suficiente para a resolução da fase de transição que a atravessa.

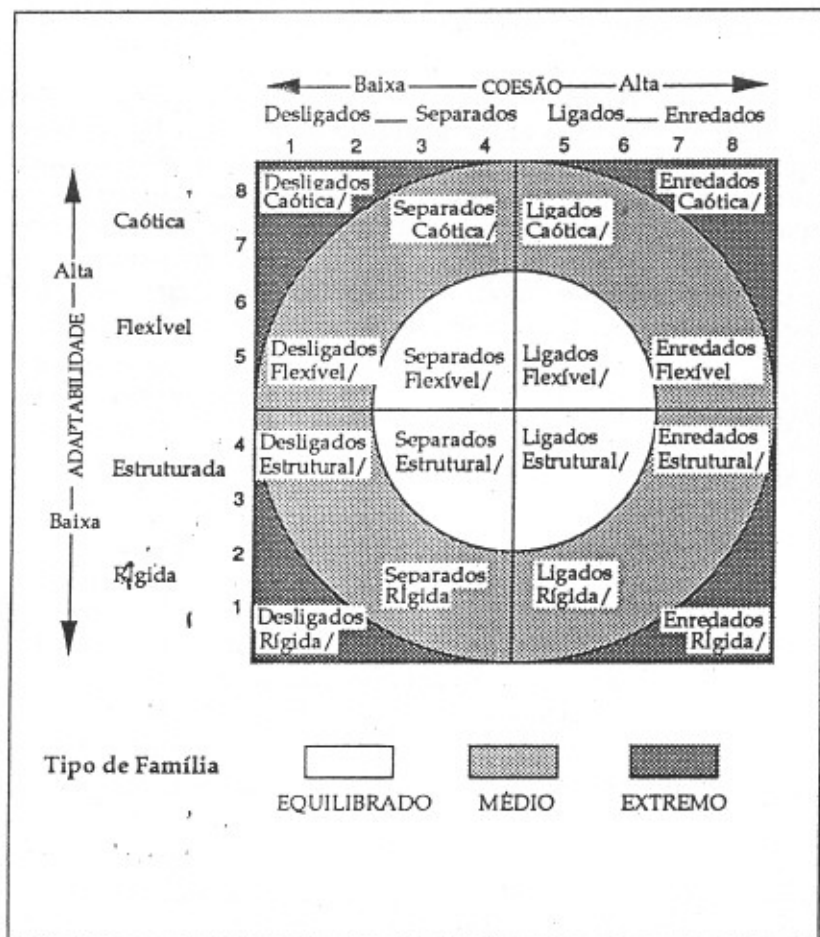


Figura 7. Versão Portuguesa do Modelo de Olson

Uma terceira dimensão, a COMUNICAÇÃO, veio a ser introduzida mais tarde, tornando o Modelo de Olson tridimensional; a comunicação é tida como facilitadora na possibilidade de mudanças do sistema, entendendo-se que, as famílias equilibradas possuem e utilizam melhor os seus canais de comunicação do que as famílias extremas (11,13,15).

SITUAÇÕES EM QUE A AVALIAÇÃO FAMILIAR É MANDATÓRIA:

Apesar de desejável, nem sempre é possível fazer a abordagem familiar a todos os utentes de uma lista. Daí que se torne necessário estabelecer prioridades estando alertado para as situações em que se torna mandatória uma avaliação familiar:

- Sintomas inespecíficos (cefaleias, lombalgias, dores abdominais), em doentes com grande frequência de consultas sem doença orgânica.
- Utilização excessiva dos Serviços de Saúde ou consultas frequentes a diferentes membros da família (muito suspeito de disfunção familiar).
- Dificuldade de controlo das doenças crónicas nomeadamente quando requerem dietas ou intervenção /ajuda de outros familiares.
- Problemas emocionais ou de comportamento, graves.
- Efeito mimético (sobretudo após ter ocorrido uma situação anterior de doença grave na família).
- Problemas conjugais (dependência excessiva) e sexuais (impotência, infertilidade).
- Triangulação, sobretudo com a criança.
- Doenças relacionadas com estilos de vida e ambiente (doença hepática e alcoolismo, doença pulmonar e tabagismo, úlcera péptica e stress).
- Doenças nas fases de transição do ciclo de vida (espera do primeiro filho, filhos na adolescência, ninho vazio).
- Morte na família, acidente grave, divórcio, etc
- Sempre que o modelo bio-médico tradicional se apresente inadequado ou insuficiente (não adesão à terapêutica, ineficácia do tratamento).

Nota Final

Ao elaborar o presente texto, não se pretendeu esgotar o assunto, bem pelo contrário, procurou-se estimular a discussão acerca da importância do Registo Clínico e da abordagem familiar. Discussão essa, que será certamente enriquecedora e contribuirá para uma melhor qualidade da prática da Medicina Familiar.

Ao descrevermos os diferentes modelos de abordagem e avaliação familiar, procurámos, unicamente, chamar a atenção para a sua existência e não fazer uma descrição exaustiva dos mesmos. Para tal existe já hoje, no nosso meio, alguma bibliografia que aborda esta mesma temática de um modo mais profundo.

Importa chamar a atenção para o facto de que ao fazer uma abordagem familiar de um indivíduo, há que escolher o modelo ou modelos mais adequados para a respectiva situação. Não se torna necessário ou viável a utilização simultânea de todos os modelos de avaliação e nem mesmo um modelo deve ser empregue sistematicamente em todas as situações.

Referências Bibliográficas

1. CHRISTIE-SEELY, J. - A diagnostic problem and family health assesment, *J. Fam. Pract.*, 1986; 22 :329-339.
2. CHRISTIE-SEELY, J. - Working with the family in primary Care: A Systems Approach to Health and Illness, New York , Praeger, 1984.
3. CORMACK, J.; MARINKER, M.; MORREL, D. - Practice. A handbook of primary medical care, London, Kluwer Medical, 1985.
4. CROUCH, M.; THIEDKE, C. - Documentation of family health history in the out patient medical record, *J. Fam. Pract.*, 1986; 22: 169.
5. IMPERATORI, E. - Ficha Familiar dos Centros de Saúde: vantagens e dificuldades, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 1985; 3: 51-56.
6. JENSON, K.; CORNELSON, B.M. - Eco-maps: A system tool for family physicians, *Can. Fam. Physician* , 1987; 33: 172-177.
7. McGOLDRICK, M.; GERSON, R. - Genogrammes et entretien familial , Paris, ESF editeur, 1990.
8. McWHINNEY, I. - An introduction to family medicine, New York, Oxford University Press, 1981.
9. OWENS, T. - El expediente orientado a problemas, EMOP, apresentação na Sessão do III Encontro Nacional de Clínica Geral/Medicina Familiar, Lisboa, 1986.

10. PETRIE, C.; McINTYRE, N. - The problem oriented medical record (POMR), London, Churchill Livingstone, 1979.
11. RAKEL, Robert E. - Textbook of family practice, 3ª ed., Philadelphia, W. B. Saunders Company, 1989.
12. SAMPAIO, Daniel - A perspectiva sistémica em Clínica Geral, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, Março 1988; Ano 5(32): 18-21.
13. SAMPAIO, Daniel; Ana Margarida - Alguns instrumentos para avaliação de família - sua aplicação em Clínica Geral/Medicina Familiar, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, Julho 1990; 7(7):263-266.
14. SMILKSTEIN, G. - The Physician and Family Function Assessment, *Family Systems Medicine*, Outubro 1984; 2(3): 264-278.
15. TAYLOR, Robert B. - Family Medicine. Principles and Practice, 3ª ed., New York, Springer-Verlag, 1988.
16. WEED, L. - Medical record that guide and teach, *N. Eng. J. Med.* 1986; 278: 593-599 e 652-657.
17. ZANDER, L.I.; BERESFORD, S.A.; THOMAS, P. - Medical records in General Practice. Occasional Paper, Julho 1978; 5, *J R Coll Gen. Pract.*