

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA REDE DE SUPORTE SOCIAL

APGAR DE FAMÍLIA

Com o objetivo de dimensionar a funcionalidade das famílias alguns profissionais vêm desenvolvendo escalas com a proposta de avaliar a dinâmica de funcionamento de uma família para, a partir deste dado, intervir de maneira a auxiliar o restabelecimento do equilíbrio desta unidade de relações, quando uma disfunção for detectada (SAWIN e HARRIGAN, 1995; SMILKSTEIN, 1978; SMILKSTEIN et al, 1982).

Em 1978, Smilkstein desenvolveu um teste de “*screening*” sobre o funcionamento familiar no cuidado de pacientes e familiares a partir da avaliação, desse contexto utilizando cinco questões simples abordando a satisfação dos membros da família em cinco dimensões essenciais da funcionalidade familiar. Essa escala de avaliação da dinâmica de funcionamento familiar foi denominada “**Family APGAR**” e, segundo o autor, permite, mensurar a satisfação dos membros da família em relação a cinco componentes considerados básicos na unidade e funcionalidade de qualquer família. Estes componentes, relacionados à função da família enquanto unidade de relações, são: adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade resolutiva.

O “**Family APGAR**” de Smilkstein (1978, 1992) baseia-se em um modelo de sistemas que relaciona estresse e adaptações, em um ou mais membros da família nele definida como um grupo psicossocial constituído pelo paciente¹ e uma ou mais pessoas, crianças ou adultos, entre os quais existe um comprometimento mútuo de retroalimentação e sustentação das relações. A função familiar refere-se à maneira pela qual essa família é vista por seus membros no atendimento deste compromisso.

O instrumento segundo seu autor (SMILKSTEIN, 1992) permite identificar a a família como um recurso psicossocial (escore elevado) ou um suporte social deficitário e possível fator estressor (escore baixo). A percepção do indivíduo da eficácia e da qualidade deste recurso influenciará significativamente seu estado de saúde.

As cinco dimensões avaliadas pelo instrumento representam os temas mais comuns encontrados na literatura das ciências sociais direcionadas às questões de família (SMILKSTEIN, 1992). Sua denominação representa um acrônimo derivado de:

A = *Adaptation* (Adaptação): Representa a satisfação do elemento da família avaliado em relação à assistência recebida quando recursos familiares são necessários. Define-se como a capacidade de utilização de recursos intra e extra-familiares para a resolução dos problemas que provocaram a alteração do equilíbrio da referida família quando da ocorrência de uma situação de estresse familiar;

P = *Partnership* (Companheirismo): Compreendido como a satisfação do elemento da família avaliado com a reciprocidade nas comunicações familiares e com a solução de problemas apresentado. Por definição é a capacidade da família em repartir decisões, responsabilidades e ações de maneira a manter seus membros protegidos e unidos.

G = *Growth* (desenvolvimento): Representa a satisfação do elemento da família avaliado com a liberdade disponibilizada pela família para mudanças de papéis, demonstra maturidade e desenvolvimento emocional. É definido como maturidade estrutural e emocional da unidade familiar obtidos por meio do desenvolvimento, apoio, auxílio e orientações mútuas.

A = *Affection* (Afetividade): Indica a satisfação do elemento da família avaliado com a intimidade e as interações emocionais em seu contexto familiar.

¹ O termo “paciente” é utilizado pelo autor em seu artigo original. Neste momento, em virtude de estarmos descrevendo o instrumento ora em estudo, buscamos ser fiéis à descrição original.

Por definição representa o cuidado ou a relação afetiva existente entre os membros da família.

R = *Resolve* (Capacidade resolutiva): Representa a satisfação do elemento da família avaliado com o tempo compartilhado entre eles. Por definição, associa-se à decisão, determinação ou resolutividade existente em uma unidade familiar. É o compromisso existente entre os membros de se dedicarem uns aos outros, com o objetivo de fortalecimento mútuo. Geralmente envolve o tempo e espaço compartilhados, divisão de bens materiais e prosperidade conjunta. Embora possa compreender todos estes aspectos, o autor considerou mais relevante incluir apenas o tempo compartilhado entre os membros familiares neste domínio.

Estas cinco dimensões foram selecionadas por representarem os parâmetros pelos quais a saúde funcional de uma família pode ser mensurada. Esta decisão empírica permitiu o desenvolvimento de um paradigma da função familiar que pode ser comparado ao funcionamento do corpo humano onde cada componente tem uma função que está interrelacionada com o todo. A família saudável é a que demonstra a integridade destes componentes por representar sua unidade de sustentação e alimentação.

O termo **APGAR** é universalmente conhecido no cuidado à saúde por sua utilização na determinação do *status* de saúde de recém-nascidos sendo seu resultado expresso por um valor numérico. Analogamente, o “Family APGAR” de Smilkstein, permite a avaliação dos domínios citados por meio de cinco questões simples às quais são atribuídos escores que, ao final, são somados resultando num escore total cuja representação numérica relaciona-se diretamente a uma condição de funcionalidade familiar (boa funcionalidade, moderada ou alta disfuncionalidade).

O “Family APGAR” de Smilkstein, foi publicado pela primeira vez em 1978 no “Journal Family Practice”(1978). Desde então, foi utilizado em diferentes contextos. Foi realizado um levantamento no Medline desde o ano da primeira publicação do instrumento até o desenvolvimento desse estudo, sendo encontrados 76 artigos referentes à utilização do instrumento em diferentes contextos.

Smilkstein, Ashworth e Montano (1982) publicaram os dados relacionados às propriedades psicométricas do “Family APGAR” como um teste para avaliar a função familiar. A fidedignidade ou confiabilidade do instrumento foi verificada inicialmente pela análise de sua estabilidade. A repetibilidade, obteve o resulta-

do de $r=0,83$ demonstrando estabilidade do instrumento. Para o autor, o “Family APGAR” operacionaliza cinco diferentes constructos com itens individuais de medida. Assim sendo, poder-se-ia esperar que o referido instrumento não apresentasse consistência interna uma vez que os membros familiares poderiam demonstrar satisfação com um aspecto e não com outro. No entanto, obteve-se um alfa de Cronbach da ordem de 0,80, ou seja, o instrumento apresentava uma adequada consistência interna, concluindo-se ser este um instrumento confiável na mensuração do fenômeno proposto.

Os resultados obtidos permitiram ainda concluir que o instrumento é, na realidade, uma medida unidimensional de satisfação com a dinâmica de funcionamento familiar. No processo de desenvolvimento do instrumento utilizaram-se duas versões, a primeira com três opções de resposta e a segunda com cinco opções. O aumento do número de opções de resposta elevou a média do escore padronizado, os coeficientes de confiabilidade e a correlação item-total. A partir destes resultados, o autor recomenda a utilização do instrumento, no formato três opções, para uso clínico e, para pesquisa, no formato cinco opções².

Para a validação do instrumento, o autor utilizou neste estudo a validade de critério, com base na validade concorrente. Esta foi verificada correlacionando-o com outros instrumentos de medida de funcionamento da dinâmica familiar. Os resultados obtidos demonstraram que ele possui uma correlação elevada com o Pless-Satterwhites Family Functioning Index ($r=0,80$); com estimativas apresentadas por terapeutas familiares ($r=0,64$) e na correlação entre casais ($r=0,67$). O instrumento foi também correlacionado com o Feetham Family Functioning Scale (FACES) e com o Hudson’s Family Relations Scale apresentando resultados cuja correlação variou de moderada a elevada (0,48 a 0,70). A validade discriminante foi obtida no estudo original do “Family APGAR” que comparava estudantes bem e mal ajustados. Os resultados obtidos foram estatisticamente significantes em todas as cinco opções de resposta bem como no escore total (SMILKSTEIN et al, 1982).

Smilkstein et.al. em 1984, publicaram estudo analisando a validade preditiva do instrumento realizado com gestantes de alto risco. Os resultados obtidos mostraram que baixos escores do APGAR eram capazes de predizer complicações pós-parto.

Ramsey, Abell e Baker (1986) desenvolveram um estudo prospectivo para avaliar a relação do funcionamento familiar, da estrutura familiar e os eventos de vida e sua resposta na gestação analisando o tempo médio da mesma e o

peso do bebê ao nascer. Variações percentuais significativas foram encontradas com a aplicação dos diferentes instrumentos utilizados. Posteriormente, os autores concluíram que o funcionamento familiar anormal (medido com o “Family APGAR”) provou ser um contribuinte poderoso e significativo para explicar as variações encontradas.

Hilliard, Gjerde e Parker(1986) utilizaram conjuntamente o “Family APGAR” e o “Personal Inventory” para identificar pacientes com distresse psicológico. Os resultados obtidos mostraram que a utilização conjunta dos instrumentos é mais efetiva na identificação da presença do fenômeno em estudo quando comparada com a identificação do mesmo a partir unicamente da utilização da prática clínica.

Cardenas et.al.(1987) desenvolveram um estudo randomizado com 385 pacientes diabéticos considerando que a função familiar era diferente entre os pacientes de acordo com seu nível de controle da doença. Os resultados obtidos mostraram que escores elevados (boa funcionalidade familiar) foram obtidos em 92% daqueles que apresentavam um bom controle da doença, 66% daqueles com controle favorável e em somente 50% daqueles com controle ruim. Estes resultados relacionaram o nível de funcionamento familiar e o controle do diabetes. Estudos posteriores (KONEN et al, 1993; YANG, 1994) confirmaram estes resultados.

Shapiro, Neinstein e Rabinovitz (1987) correlacionaram o APGAR de Família com comportamento suicida e presença de problemas familiares em 85 adolescentes atendidos em um Centro de Saúde do Adolescente. Verificaram que o instrumento apresentava escores muito baixos entre os jovens que apresentavam problemas físicos, mentais e familiares e entre aqueles que residiam nos denominados “lares assistidos”. O instrumento foi validado como um adequado teste de “*screening*” para esta faixa etária da população.

Foulke et.al.(1988) correlacionaram percepção materna da funcionalidade familiar com a necessidade de atendimento médico nos primeiros quinze meses de vida da criança. Verificaram que escores baixos do APGAR de Família estavam significativamente associados com o aumento do número de visitas médicas em especial para o atendimento de doenças respiratórias e otite média.

Considerando que o instrumento original tem seu uso recomendado para indivíduos a partir de 10 anos de idade, em 1989 foram desenvolvidos estudos para adapta-lo às crianças de menor idade ou por aquelas que apresentavam dificuldades de aprendizado. A estrutura original foi mantida, mas os itens foram simplificados. Os resultados obtidos na comparação entre o instrumento original

e o adaptado, no primeiro estudo, mostraram uma consistência interna da ordem de 0,71 e 0,68 e no segundo 0,70. Os autores concluíram que o instrumento adaptado permite uma melhor avaliação do funcionamento familiar por crianças menores de 10 anos (AUSTIN e HUBRTY, 1989).

Clover et.al.(1989) desenvolveram um estudo prospectivo relacionando funcionalidade familiar e infecção (influenza B) e concluíram que a disfunção familiar pode induzir a alterações na resposta imune podendo aumentar a suscetibilidade à ocorrência de infecção.

Gilliss et.al(1990) correlacionaram, através de um ensaio clínico randomizado, a funcionalidade familiar e as intervenções de enfermagem considerando ser essa um recurso familiar adicional em 67 pacientes submetidos à cirurgia cardíaca e seus cônjuges. Aplicado em dois momentos (aos três e aos seis meses de acompanhamento, pós-alta hospitalar) não foram observadas diferenças estatisticamente significativas, no entanto, todos os escores elevaram-se aos seis meses. Outros estudos desenvolvidos junto à pacientes cardíacos e suas esposas demonstraram que a avaliação da função familiar e do status emocional de ambos são fundamentais. Baixos níveis de satisfação com a função familiar indicam alto risco de distresse emocional (HILBERT 1993, 1994).

Leavitt (1990) desenvolveu um estudo com 21 pacientes com problemas vasculares importantes e seus respectivos cônjuges, buscando correlacionar funcionalidade familiar e o “coping” relacionado à cirurgia vascular ao seu período pós-operatório. Os participantes do estudo foram entrevistados antes da alta hospitalar, 72 horas após e posteriormente na segunda, quarta e décima segunda semana. Os resultados obtidos demonstraram escores mais baixos entre os companheiros dos pacientes na primeira e segunda aplicação. Neste estudo também foram feitas questões abertas buscando verificar os dados qualitativos relacionados à questão. Os resultados indicaram maior sofrimento do cuidador na acomodação às necessidades dos pacientes.

Chung (1990) desenvolveu um estudo junto a 451 jovens adultos da República da Coreia onde buscava analisar os fatores que afetam a função familiar. As variáveis significantes entre as características gerais que influenciaram a função familiar foram idade, sexo, estado civil, nível educacional e atividade laborativa e entre as características familiares, o ciclo de vida familiar, a utilização dos recursos familiares e a qualidade das relações familiares.

Em 1991, o “Family APGAR” foi levado à Tailândia por Chau et.al., adaptado e validado demonstrando ser um instrumento simples e útil para “screening” de disfunção familiar na prática clínica.

Smith et.al.(1991) estudaram a adaptação dos cuidadores para cuidar de adultos em ventilação assistida em domicílio. Não foram observadas diferenças entre os escores de pacientes e cuidadores, no entanto, a satisfação familiar registrada pelo segundo diminuiu com o tempo. Dados qualitativos demonstraram que os cuidadores se sentiam oprimidos com a responsabilidade de cuidar dos pacientes.

Tishelman, Taube e Sacks (1991) correlacionaram sintomas de distresse, senso de congruência e funcionalidade familiar em pacientes com câncer em Estocolmo. Os resultados obtidos demonstraram que a funcionalidade familiar, quando relacionada a outras variáveis psicológicas, explica o significativo aumento na variância dos sintomas.

Sprusinska e Makowska(1992) e Sprusinska(1994) desenvolveram estudos na Polônia onde buscavam relacionar o suporte social com o estresse e o status de saúde por meio da percepção de mulheres polonesas, utilizando o “Family APGAR”. Os resultados mostraram que os quadros apresentados pelas mulheres eram significativamente diferentes em relação aos grupos ocupacionais aos quais estavam relacionadas bem como, o nível de suporte social com o estresse global - altos níveis de suporte com baixos níveis de estresse - e que estes constituíam uma barreira para a ocorrência de distúrbios relacionados à saúde mental.

Chang, Wang e Liu (1993) pesquisaram a presença de distúrbios psicológicos e disfuncionalidade familiar em trabalhadores com horários de atividades laborativas distintas (trabalhadores diurnos e trabalhadores com rodízio de horário). Os resultados mostraram que trabalhadores diurnos tinham um sono qualitativa e quantitativamente menor que os que trabalhavam por rodízio e estes apresentavam mais distúrbios psicológicos e disfunções familiares quando comparados aos anteriores.

Lee et.al.(1993) estudaram a correlação entre a função familiar e a resposta ao tratamento de tuberculose entre 397 pacientes com doença ativa em Hong Kong, Tailândia. Os resultados obtidos foram estatisticamente significativos e demonstraram que altos escores no “Family APGAR” estavam correlacionados com a possibilidade de terminar o tratamento enquanto escores baixos relacionavam-se com provável abandono do mesmo.

Woods, Haberman e Packard (1995) desenvolveram um estudo correlacionando o “Family APGAR” com outros instrumentos como o FACES e o DOILL (Demands of Illness) junto a 125 mulheres participantes de um estudo sobre o impacto da doença na família. Os resultados demonstraram uma associação entre os dois primeiros e o terceiro ($r=-0,32$ e $-0,39$). O APGAR

apresentou uma baixa, mas significativa correlação com demandas pessoais (auto-imagem $r = -0,16$ e auto estima $r = -0,29$). As mulheres com mais demandas relacionadas diretamente às doenças apresentavam maiores índices de depressão. As mulheres com sintomas persistentes apresentavam maior risco de respostas negativas.

De La Revilla et.al.(1994) estudaram a percepção de saúde, apoio social e função familiar em 58 portadores assintomáticos do vírus HIV em dois serviços de saúde de Granada, Espanha. Verificaram que os pacientes apresentam uma percepção de saúde pobre que eles atribuíram à natureza da doença. Foi detectado um baixo nível de suporte social associado com estresse que, segundo os autores, estava correlacionado com a origem da disfunção familiar detectada em 46% da amostra. A partir destes resultados, os autores recomendaram ações de nível individual, familiar e comunitário com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos pacientes, sua estrutura de suporte social e restauração do equilíbrio da função familiar.

O “Family APGAR” também tem sido utilizado tanto nos Estados Unidos (RECORDS, 1994) quanto no Chile (BURROWS, 1995) em estudos desenvolvidos junto a adolescentes grávidas. Os resultados demonstram que baixos índices de funcionalidade familiar estão associados ao maior risco de gravidez na adolescência bem como com o desequilíbrio familiar até pelo menos dois anos após o nascimento da criança.

Friedermann (1996) investigou a percepção do funcionamento familiar por alcoólatras em um programa de reabilitação e seus familiares em três momentos do tratamento (começo, meio e fim) e verificou que os familiares modificaram suas percepções mais acentuadamente (e de forma mais positiva) que os pacientes e estas foram mais pronunciadas na segunda e na terceira aplicação respectivamente o que reforçou a importância do ALANON³ no fortalecimento familiar.

O APGAR de Família foi submetido à tradução, validação e análise de confiabilidade na Espanha (BELLON SAAMENO, 1996). Os resultados obtidos demonstraram que o instrumento é estável e confiável (Correlação item-escala = 0,61 e 0,71, alfa de Cronbach = 0,84 sendo que nenhum dos itens precisou ser retirado). Posteriormente o instrumento foi utilizado em outros dois estudos no mesmo país (RODRIGUEZ et al, 1996; 1997), em um como padrão ouro (BELLON SAAMENO, 1996b) e em outro verificando a relação entre ansiedade e dinâmica familiar (MONTALBAN SANCHEZ, 1998).

³ O ALANON é uma associação internacional ligada ao AA (Alcoólatras Anônimos) que busca dar apoio aos familiares de pacientes alcoólatras.

O “Family APGAR” foi utilizado na avaliação de disfunção familiar de pacientes com problemas respiratórios. Miles et.al. (1997) verificaram que o nível de suporte familiar tende a ser menor em pacientes com asma instável. Sato et.al. (1997) examinando pacientes em oxigenioterapia domiciliar e seus cuidadores verificaram que os escores do APGAR são significativamente mais baixos nos cuidadores e que a presença destes é muito importante para a diminuição da depressão dos pacientes.

O único trabalho encontrado, antes da validação em nosso meio, que utilizou o instrumento em estudo (“Family APGAR”) junto à população de idosos, foi desenvolvido por Garcia Lozano et.al.(2000) e buscava verificar a correlação entre depressão e dinâmica familiar. Os resultados demonstraram uma correlação altamente significativa as duas variáveis. Dados os resultados, os autores consideraram de vital importância a avaliação do contexto familiar do idoso que apresentar sintomas depressivos quando de sua avaliação em serviços de atenção primária.

O “Family APGAR”, como pode ser verificado, vem sendo utilizado por profissionais de saúde, em especial médicos e enfermeiros, em diferentes países auxiliando-os na verificação da percepção dos clientes sobre suas famílias como um recurso ou como um fator estressor (SMILKSTEIN, 1992; SAWIN e HARRIGAN, 1995). A habilidade das famílias em se adaptarem ou enfrentarem uma crise depende muito de seus recursos. O profissional de saúde que desejar dar suporte terapêutico ou fazer uma referência apropriada à disfunção da família necessitará ajudar os membros da família a identificarem e acessarem seus recursos. Os maiores recursos familiares são o social, cultural, religioso, econômico, educacional e médico. O acrônimo SCREEM serve para lembrar tais recursos. Estes são considerados efetivos na família quando as seguintes condições são encontradas:

- a) Interação Social é evidente entre membros familiares. Membros familiares tem um equilíbrio de comunicação com áreas de interação social extra-familiar tais como amigos, grupos esportivos, clubes e outras organizações comunitárias;
- b) Valorização ou satisfação Cultural podem ser identificados especialmente em grupos étnicos distintos;
- c) Religião oferece experiências de satisfação espiritual bem como contatos com grupo de suporte extra-familiar

- d) Estabilidade Econômica é suficiente para prover ambos, razoável satisfação com o status financeiro e a habilidade de encontrar recursos econômicos para atender a eventos normais de vida;
- e) Educação dos membros da família é adequada para permitir aos membros solucionar ou compreender a maioria dos problemas que surgem com a formação do estilo de vida estabelecido pela família;
- f) Cuidados Médicos estão disponíveis através de canais que são facilmente estabelecidos e tenham sido satisfatoriamente experienciados.

Considera-se a inadequação dos vários recursos familiares quando as seguintes condições estiverem presentes:

- a) Social: a família é socialmente isolada de grupos extra-familiares. Se a ajuda extra-familiar é requerida esta é incapaz de identificar quem desenvolverá esta assistência. O outro lado do espectro da atividade social é o excesso de atividades sociais. Sobre estas circunstâncias os membros familiares são tão envolvidos com atividades fora de casa que estão dissociados de si mesmos como família e podem não estar disponíveis como recursos em momentos em que a família necessita.
- b) Cultural: a família tem sentimentos de inferioridade cultural étnica ou vergonha, frequentemente como consequência de terem sido submetidos a anos de guetização bem como discriminação vocacional e educacional.
- c) Religião: Dogmas e rituais são às vezes, tão rígidos que limitam a capacidade da família na solução de problemas. O profissional de saúde precisa considerar as questões éticas quando uma crise envolve crenças religiosas. Por outro lado, pessoas com muitas atividades religiosas podem ter recursos limitados para atender seus familiares.
- d) Economia: Problemas financeiros podem fazer com que a família encontre dificuldades para atender as demandas monetárias na crise. O profissional de saúde precisa estar atento à habilidade ou inabilidade da família em encontrar os recursos econômicos para atender qualquer planejamento traçado. Se o plano terapêutico, embora ideal para o problema for economicamente inapropriado, será um fracasso.

- e) Educacional: Desvantagens instrucionais limitam a habilidade dos membros da família em compreender o problema ou recomendar soluções. O profissional de saúde pode explicar à família a natureza do problema e sua solução. Os membros da família podem não se considerar recursos na solução do problema.
- f) Cuidado Médico: a família pode não ter estabelecidas linhas de cuidado médico ou, é incapaz de usar as vantagens do cuidado à saúde a que tem direito para resolver alguns de seus problemas tais como má vontade para cuidar de doenças, recursos financeiros inadequados, barreiras de linguagem, ausência de transporte, recusa de cuidado pelo cuidador local, doenças recorrentes ou crônicas que esgotam as reservas familiares.

Estas informações vêm auxiliando na compreensão das respostas apresentadas pelas pessoas aos seus problemas de saúde e têm colaborado com profissionais e com membros familiares na identificação de problemas relacionados à dinâmica de funcionamento familiar tornando-os administráveis sem maiores danos, quer ao cliente, quer à própria estrutura familiar.

O “Family APGAR” representa o primeiro de uma série desenvolvida pelo autor. Seguiu-se a ele o APGAR de amigos, o APGAR no trabalho e por último, uma adaptação do original para crianças menores de 10 anos, uma vez que a utilização do instrumento em sua forma primeira é recomendada para pessoas a partir desta idade.

Três situações específicas, onde informações sobre o estado funcional da família são essenciais, foram assim descritas pelo autor (SMILKSTEIN 1978, 1982, 1984):

- 1) A informação sobre a dinâmica de funcionamento familiar é necessária quando a família for envolvida no cuidado do cliente. Todas as doenças ou injúrias desenvolvem de alguma forma estresse familiar. A compreensão da dinâmica de funcionamento familiar é necessária quando os profissionais de saúde desejam envolver a família no cuidado de seu cliente. Altos índices do APGAR demonstram maior capacidade de adaptação da família à nova situação e possíveis e prováveis mudança de papéis, enquanto um baixo índice pode representar um ambiente estressante, de baixa adaptabilidade à nova situação e assim pode requerer intervenções apropriadas e urgentes;

- 2) Dados da dinâmica de funcionamento familiar são necessários quando da avaliação de novos pacientes permitindo assim, a ampliação do espectro de visão da problemática ora apresentada. Permite a compreensão dos mesmos como elementos de uma unidade de relações organizada estruturalmente de determinada forma. Isto permite também ampliar a dimensão do cuidado à saúde do cliente e direcionar as condutas de formas diversas;
- 3) As informações sobre a dinâmica de funcionamento familiar são necessárias quando os profissionais de saúde estão envolvidos na administração das dificuldades familiares em lidar com os problemas apresentados pelo paciente. Quando o paciente relata uma crise familiar, isto frequentemente indica que os recursos familiares disponíveis estão inadequados para responder às necessidades apresentadas. Nestas situações, o “Family APGAR” pode auxiliar na identificação das áreas fragilizadas ou vulneráveis do contexto familiar que podem estar interferindo com a habilidade dos membros desta família em identificar ou utilizar seus recursos.

Estas situações são frequentemente observadas no atendimento de idosos fragilizados e/ou dependentes e este instrumento pareceu-nos útil no reconhecimento da dinâmica de funcionamento familiar deles permitindo a detecção de disfunções e possibilitando a intervenção precoce na busca do reequilíbrio desta estrutura de relações e consequentemente na melhoria da qualidade assistencial prestada ao idoso.

Este dado associado a já descrita ausência de instrumentos em âmbito nacional que busquem identificar disfunções familiares considerando ser o conhecimento destas, de fundamental importância para a adequação assistencial da pessoa idosa, foram os principais fatores que me motivaram ao desenvolvimento de sua tradução, adaptação e validação em nosso meio.

MAPA MÍNIMO DE RELAÇÕES

Para avaliar o suporte social recebido pelo indivíduo, além dos questionários e escalas, dispõe-se de um instrumento gráfico denominado de Mapa Mínimo de Relações, que identifica os relacionamentos significativos para o indivíduo, delimitando sua rede de suporte social (Sluzki 1997). Tal instrumento foi concebido por Carlos Sluzki, médico psiquiatra, argentino, radicado nos Estados Unidos. Sua grande vantagem em relação aos outros tipos de instrumento de avaliação social deve-se ao fato de ser um instrumento gráfico. Tal atributo lhe permite a

fácil identificação e visualização dos vínculos significativos mencionados. Outra vantagem em relação aos demais é poder ser aplicado por qualquer profissional de equipe multidisciplinar, desde que capacitado para tanto, sendo a sua utilização, por esses motivos, extremamente pertinente para Saúde Pública.

Para o ajustamento do instrumento à população idosa, ele foi adaptado por (Domingues 2000), tendo para tanto a autorização do autor (Anexo 1).

O princípio fundamental de um mapa mínimo é a sociometria, área de pesquisa da psicologia social desenvolvida por Jacob Levi Moreno. Esse pesquisador cunhou o conceito de psicologia geográfica com o propósito de esboçar um mapa de relações – do tipo “quem conhece quem” – para ser aplicado a grupos e comunidades. A expressão dos dados coletados é apresentada por meio de um mapa de relações, ou seja, de um sociograma. Nele os relacionamentos significativos são dispostos em vários círculos que simbolizam os diversos graus de proximidade de relacionamento (Moreno 1967; Sluzki 1997; Gil 1995).

Para que se configure um mapa de relações, dois conceitos são fundamentais: a proximidade do relacionamento, segundo a percepção do pesquisado, e a frequência com que o contato ocorre.

O conceito de proximidade de relacionamento tem uma característica eminentemente qualitativa, preponderando os aspectos afetivos que envolvem seu estabelecimento (Kahn e Antonucci 1980, citados por Néri 2002, p. 111).

Segundo Dobrof (1997), pesquisadora americana, tal proximidade promove a intimidade à distância entre o conjunto da rede de relações. Quanto a esse aspecto, a autora faz a seguinte colocação:

“...mesmo quando os pais idosos e seus filhos estão geograficamente distantes, o contato é mantido através de telefonemas regulares e frequentemente, cartas, presentes e visitas periódicas; e, além disso, embora a distância física realmente impeça a disponibilidade destes filhos e de suas famílias no dia-a-dia das pessoas idosas, ainda se pode contar com eles para certos tipos de assistência” (Dobrof 1997, p.55).

Já a frequência de contatos permite identificar o aspecto instrumental do vínculo estabelecido. A efetivação do apoio recebido. Essa avaliação é sobremaneira importante na análise da rede de relações dos idosos, principalmente daqueles cuja capacidade funcional encontra-se diminuída, requerendo auxílio para atividades cotidianas (Roles, Curiel, Garcia, Coles, Medrano e Gonzalez 2000). Segundo Bowling, a percepção do apoio social, mensurada pela frequência de contatos, está diretamente relacionada ao grau com que as relações

interpessoais correspondem a certas funções, ou seja, diz respeito aos recursos disponibilizados em situação de necessidade (Bowling 1997; Due e cols. 1999; Griep, Cohr, Faerstein e Lopes 2003).

MAPA MÍNIMO DE RELAÇÕES DO IDOSO: INSTRUMENTO ADAPTADO

Realizou-se na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (2000) uma pesquisa visando adaptar o Mapa Mínimo de Relações, para identificar a Rede de Suporte Social do Idoso (RSSI). Tal instrumento, denominado de Mapa Mínimo de Relações do Idoso (MMRI) tem por objetivo identificar a composição, a proximidade das relações e as funções desempenhadas pelos componentes dessa rede (Domingues 2000).

No instrumento original, Sluzki propõe perguntas para avaliar aspectos afetivos das relações, sendo o registro das respostas efetuado pela marcação de um ponto, no quadrante da relação mencionada, associado ao círculo que denota maior ou menor proximidade do indivíduo.

Na adaptação do instrumento várias modificações foram realizadas, principalmente quanto às perguntas formuladas e forma de registrar as respostas no mapa mínimo de relações.

Quanto às perguntas, os ajustes efetuados exigiram a formulação de questões objetivas relativas às atividades cotidianas executadas pelo idoso, que são registradas no MMRI, no quadrante que identifica um dos quatro tipos de relacionamento pesquisados: amigos, família, relações com a comunidade e relações com o sistema de saúde, e no círculo que denota a proximidade de relacionamento.

Já, para o registro das respostas no MMRI, a adaptação se deu pela elaboração de abreviações para identificar as relações desenvolvidas nos quadrantes de relações familiares e comunitárias. Tais adaptações foram realizadas para que fosse possível distinguir os graus de parentesco referente às relações familiares e os recursos comunitários mais usuais, percebidos como significativos. Segundo Domingues (2000), as adaptações foram necessárias, pela diversidade desses relacionamentos, sendo de extrema importância para o planejamento da intervenção assistencial ao idoso, principalmente àquele mais fragilizado.

Nos demais quadrantes a forma de registro de resposta não sofreu alteração, seguindo o efetuado no instrumento original.

Quanto ao instrumento gráfico, mapa mínimo de relações, a única alteração realizada foi a inserção de um quadrante para identificar as relações significativas

desenvolvidas com os profissionais de saúde, substituindo o quadrante formulado por Sluzki para registrar as relações desenvolvidas em ambiente de trabalho. No MMRI, essas relações são entendidas e registradas, no quadrante de amigos.

No quadro abaixo apresentamos a comparação do Mapa Mínimo de Relações original formulado por Sluzki ao adaptado por Domingues (2000), descrevendo os aspectos relevantes das alterações formuladas, bem como as justificativas para tais mudanças. Posteriormente, apresentamos também, os instrumentos gráficos, original (fig. A) e adaptado (fig. B).

Mapa Mínimo Original (Sluzki 1997)	Mapa Mínimo Adaptado (Domingues 2000)
Características estruturais: <ul style="list-style-type: none"> – tamanho – composição – densidade – proximidade de relacionamento – homogeneidade ou heterogeneidade Características funcionais: <ul style="list-style-type: none"> – companhia social – apoio emocional – guia cognitivo e de conselhos – regulação social – ajuda material e de serviços 	Características estruturais: <ul style="list-style-type: none"> – mantida – mantida – não pesquisada – mantida – não pesquisada Características funcionais: <ul style="list-style-type: none"> – mantida – não pesquisada – não pesquisada – não pesquisada – mantida, detalhada em três funções: <ul style="list-style-type: none"> - auxílio para serviços domésticos - auxílio para cuidados pessoais - auxílio financeiro

Perguntas para configurar a Rede de suporte social:	Perguntas para configurar a Rede de suporte social:
<p>1) Quem são as pessoas importantes da sua vida?</p> <p>2) Com quem você encontrou ou conversou nesta última semana?</p> <p>3) Quando você está com vontade de visitar alguém para quem você liga?</p> <p>4) Quem é ou poderia ser um ombro amigo para você chorar?</p> <p>5) Com quem você se encontra regularmente?</p>	<p>1) Quem o(a) visita ou lhe faz companhia?</p> <p>2) Se o(a) senhor(a) precisar de auxílio para serviços domésticos, quem o(a) auxiliaria?</p> <p>3) Se o(a) senhor(a) precisar de auxílio para cuidados pessoais, quem o(a) auxiliaria?</p> <p>4) Se o(a) senhor(a) precisar de auxílio financeiro, a quem o(a) senhor(a) recorreria?</p>
Maneira de identificar a proximidade:	Maneira de identificar a proximidade:
<p>1º círculo: relação próxima</p> <p>2º círculo: relação intermediária</p> <p>3º círculo: relação distante</p>	<p>1º círculo: relação próxima</p> <p>2º círculo: relação intermediária</p> <p>3º círculo: relação distante</p>
Maneira de proceder ao registro das respostas no mapa mínimo de relações:	Maneira de proceder ao registro das respostas no mapa mínimo de relações:
<p>Proceder às perguntas e colocar um ponto no círculo ao qual pertence a relação citada como significativa para a idosa.</p>	<p>O registro das respostas é efetuado colocando-se no Mapa Mínimo, o número da pergunta formulada e a abreviação correspondente, aos quadrantes de relações familiares e comunidade. Os relacionamentos relativos a amigos ou profissionais do sistema de saúde, deverão ser registrados apenas por meio de um ponto. Proceda-se então as perguntas, informando ao entrevistado que cada uma delas tem três possibilidades de resposta representando cada uma delas, uma proximidade de relacionamento. informa-se ainda que as perguntas que tiverem mais de um integrante com a mesma proximidade devem ser mencionados com a conjunção “e”. A pausa entre uma resposta e outra, significa a inclusão da última pessoa mencionada, num círculo mais distante.</p>
Tamanho da Rede de suporte social:	Tamanho da Rede de suporte social:
<ul style="list-style-type: none"> – Pequena – Média – Grande 	<ul style="list-style-type: none"> – Pequena – Média – Grande

Figura A: mapa mínimo original, segundo sluzki (1997)

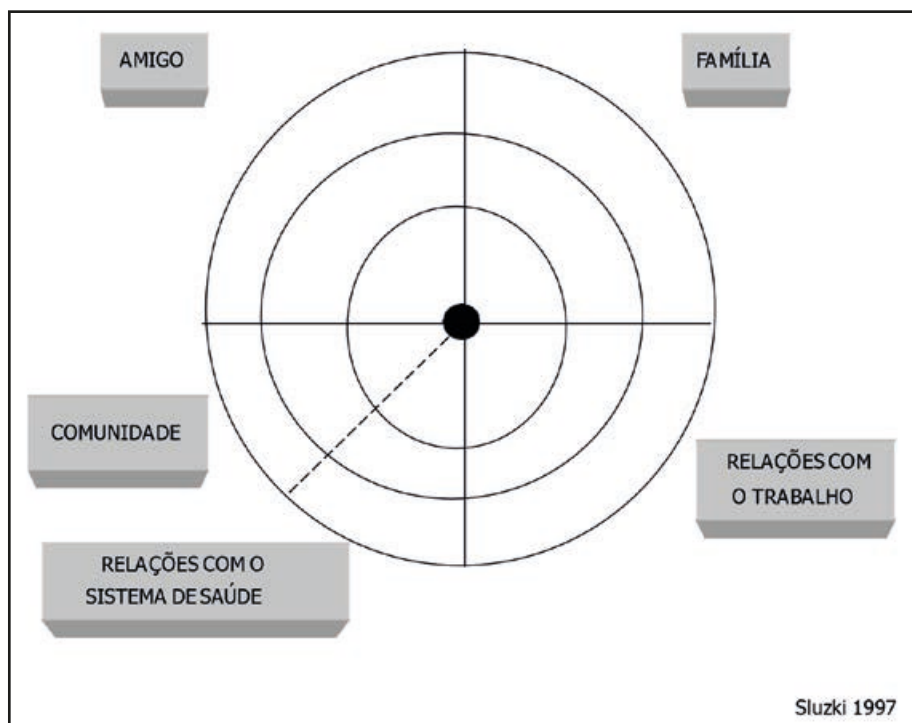


Figura B: mapa mínimo adaptado e modificado por domingos(2000)

