

FUNCIONALIDADE DE FAMÍLIAS DE ADOLESCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS: UMA ABORDAGEM DESCRITIVA*

Ana Larissa Araujo Nogueira¹, Francisca Georgina Macedo de Sousa², Ítalo Rodolfo Silva³, Andréa Cristina Oliveira Silva⁴,
Dennyse Cristina Macedo da Silva⁵, Ewaldo Eder Carvalho Santana⁶

RESUMO: A funcionalidade familiar caracteriza-se como fio estruturante para a construção de comportamentos de adolescentes. Trata-se de estudo exploratório descritivo e quantitativo, cujo objetivo foi classificar as famílias de adolescentes segundo o APGAR (*Adaptation, Participation, Growth, Affection, Resolution*) familiar envolvendo 1.035 adolescentes de duas escolas públicas de um estado nordestino. Os dados foram coletados com o apoio do APGAR Familiar, nos horários das aulas, em dia e horários definidos pela direção da escola e analisados por meio da estatística descritiva a partir de banco de dados do Excel. Foram classificadas como funcionais 73,2% das famílias e 26,8% como disfuncionais; a maior satisfação dos adolescentes esteve relacionada às dimensões adaptação e dedicação. Os resultados suscitam desafios para pesquisa e para inserção profissional do enfermeiro em contexto escolar assim como para um trabalho interdisciplinar e em rede no cuidado ao adolescente.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Adolescente; Família.

FUNCTIONALITY OF FAMILIES OF ADOLESCENTS IN STATE SCHOOLS: A DESCRIPTIVE APPROACH

ABSTRACT: Family functionality is characterized as a structuring thread for constructing adolescents' behavior. This is an exploratory, descriptive and quantitative study, whose objective was to classify adolescents' families according to the Family APGAR (*Adaptation, Participation, Growth, Affection, Resolution*) involving 1035 adolescents from two state schools in a state in the Brazilian northeast. The data was collected by means of the Family APGAR, during lesson time, on days and at times defined by the school management, and analyzed through descriptive statistics, using an Excel database. 73,2% of the families were described as functional, and 26,8% as dysfunctional; the dimensions adaptation and dedication were related to the adolescents' greatest satisfaction. The results generate challenges for research, for the professional insertion of the nurse into the school context, as well as for interdisciplinary work and in the adolescent care network.

KEYWORDS: Nursing; Adolescent; Family.

FUNCIONALIDAD DE FAMILIAS DE ADOLESCENTES DE ESCUELAS PÚBLICAS: UN ABORDAJE DESCRIPTIVO

RESUMEN: La funcionalidad familiar se caracteriza como base estructurante para la construcción de comportamientos de adolescentes. Este es un estudio exploratorio descriptivo y cuantitativo, cuyo objetivo fue clasificar las familias de adolescentes de acuerdo al APGAR (*Adaptation, Participation, Growth, Affection, Resolution*) familiar involucrando 1.035 adolescentes de dos escuelas públicas de un estado nordestino. Los datos fueron recogidos con el apoyo del APGAR Familiar, en los horarios de las clases, en día y horas definidos por la dirección de la escuela, y analizados por medio de la estadística descriptiva a partir de banco de datos del Excel. Fueron clasificadas como funcionales 73,2% de las familias y 26,8% como disfuncionales; la mayor satisfacción de los adolescentes estuvo relacionada a las dimensiones adaptación y dedicación. Los resultados significan desafíos para investigación y para inserción profesional del enfermero en contexto escolar así como para un trabajo interdisciplinar y en red en el cuidado al adolescente.

PALABRAS CLAVE: Enfermería; Adolescente; Familia.

*Pesquisa de Iniciação Científica vinculada ao macro projeto "Estrutura, dinâmica e significados de família na visão de pais e adolescentes escolares: conhecer para intervir" com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq.

¹Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão - UFMA. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa na Saúde da Família, da Criança e do Adolescente - GEPSFCA. Bolsista CAPES.

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem - UFMA. Coordenadora do Mestrado Acadêmico em Enfermagem - UFMA e do GEPSFCA.

³Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ. Membro do GEPSFCA e do Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional da UFRJ. Bolsista CAPES.

⁴Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da UFMA. Membro do GEPSFCA.

⁵Enfermeira do Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra da UFMA. Membro do GEPSFCA.

⁶Matemático. Doutor em Engenharia Elétrica. Professor da Universidade Estadual do Maranhão e do Mestrado Acadêmico em Enfermagem da UFMA.

Autor correspondente:

Ana Larissa Araujo Nogueira
Universidade Federal do Maranhão
Rua 85, 30 - 65074-190 - São Luís-MA-Brasil
E-mail: analarissaan@hotmail.com

Recebido: 15/03/2012

Aprovado: 11/06/2012

INTRODUÇÃO

A adolescência é vista, de maneira tradicional, como uma fase de instabilidade emocional e de explosão de crescimento, repleta de transformações, de mudanças físicas e psicossociais. Trata-se de um período de transição e de nova relação com o mundo adulto em que os adolescentes encontram-se diante de conflitos pessoais e familiares, questionamentos e ambivalências, podendo ocasionar confusões a si mesmo e aos que os cercam sobre os chamados limites de normalidade⁽¹⁾. Enquanto o adolescente passa pela adaptação para a fase adulta, os pais vivenciam ruptura do seu papel de pais de criança para adquirirem um novo papel, o de pais de adolescentes. Esta situação lhes exige novas respostas, comportamentos e atitudes, e provoca uma verdadeira revolução no meio familiar e social, tanto para o adolescente como para a família.

No entanto, ao mesmo tempo em que desenvolve, ou não, competências para essa função, a família é afetada pelo processo de adolescência dos seus membros. Isso ocorre porque a adolescência dos filhos tem influência direta no funcionamento da família, constituindo-se, portanto, como um processo difícil e doloroso, tanto para os adolescentes quanto para seus pais. Esta compreensão baseia-se na condição de que a família não é formada pela simples soma de seus membros, mas pelo conjunto de relações interdependentes no qual a modificação de um elemento induz a do restante, transformando todo o sistema e sendo transformado⁽²⁻³⁾.

Ainda no tocante à família, é de responsabilidade desse grupo social tanto os aspectos de cuidado e desenvolvimento de seus membros no âmbito interno, como também os aspectos voltados para a adaptação à sociedade e continuação da sua cultura⁽⁴⁾. Assim, entre as funções essenciais da família, estão a criação dos filhos, o apoio e proteção a cada um de seus membros e a transmissão de valores. O artigo 4º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera que a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária devem ser assegurados com absoluta prioridade pela família, comunidade, sociedade em geral e Poder Público⁽⁵⁾. Isso significa que cabe à família contribuir na formação da cidadania de seus integrantes, fornecendo-lhes estrutura, alimentação, sentimentos de afetividade, de pertencer ao grupo, além dos valores culturais, éticos e morais.

Quando a família não se apresenta como base de sustentação segura para os adolescentes, surgem episódios de tirania desses sobre as figuras paternas. Essa tirania fica evidenciada quando os pais não são capazes de delimitar as fronteiras entre o que se pode e o que não se pode fazer, tornando-se ineficaz o processo educativo que se inicia na família⁽⁶⁻⁷⁾. Dessa forma, a funcionalidade familiar é julgada adequada quando a família cumpre a tarefa de preparar os seus membros para o enfrentamento de crises produzidas, tanto internamente quanto externamente, e podem ter repercussões estruturais e funcionais, que refletem no bem-estar e na saúde familiar⁽⁸⁾. Ao contrário, o funcionamento inadequado da família, ou disfuncionalidade familiar, ocorre quando a família não é capaz de promover o desenvolvimento saudável de seus membros, não apresenta hierarquias e limites claros, comunicação aberta e explícita e capacidade de adaptação à mudanças⁽⁹⁾. Pelo funcionamento familiar é possível verificar se as leis são violadas ou respeitadas, se as atitudes contribuem ou são prejudiciais ao bem-estar físico, emocional e social da família⁽¹⁰⁾.

No tocante à organização da atenção ao adolescente na Atenção Primária de Saúde, as políticas definem a escola como contexto situacional para as práticas de cuidado a esse grupo social, compreendendo a escola como um espaço privilegiado para a construção de valores pessoais, de crenças, de conceitos e de maneiras de conhecer o mundo⁽¹¹⁾. Enquanto a Estratégia Saúde da Família tem como centralidade ações de promoção da saúde e de prevenção e controle das doenças centradas na família, o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído por Decreto Presidencial n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007, tem como finalidade contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de Educação Básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde⁽¹¹⁾.

O PSE define, além dos seus objetivos, as atividades específicas dos profissionais de saúde. Tanto no que diz respeito aos objetivos como às atividades profissionais, o Programa não insere a família como base estratégica para o cuidado ao adolescente. Por outro lado, o ECA reitera a convivência familiar como direito básico da criança e do adolescente⁽⁵⁾. Assim, considerou-se importante articular o contexto escolar e familiar e a atenção ao adolescente, delimitando o objeto de estudo a partir do adolescente escolar e da funcionalidade familiar com o seguinte questionamento: como são classificadas as famílias de adolescentes matriculados em escolas públicas segundo a perspectiva funcionalidade familiar?

Compreende-se que para trabalhar com adolescentes e famílias é necessário abertura para a escuta a fim de localizar pontos de vulnerabilidade e de recursos disponíveis para enfrentamento de situações adversas. Parte-se, neste estudo, da ideia de que o adolescente constrói suas percepções, mitos e desejos relativos à sua família que permite pensar como as relações e interações se constroem e se reconstróem na dinâmica familiar, filtradas pelas singularidades das experiências vividas. Portanto, soa claro a importância de perguntar ao próprio adolescente a satisfação em relação à sua família. O grande desafio é pensar na família e no adolescente que subjazem as intervenções profissionais e de programas sem a possibilidade de um conhecimento prévio do âmbito familiar. Portanto, a importância da pesquisa dirige-se ao fato de enxergar a família como unidade de cuidado essencial à promoção da saúde do adolescente, pois apesar de todo o investimento direcionado à atenção integral ao adolescente, os serviços de saúde e as práticas profissionais lidam, exclusivamente, com base em sua formação técnica que pouco valoriza o contexto e as relações familiares. Tais assertivas justificam a realização do estudo.

A relevância do estudo está direcionada à necessidade do enfermeiro trabalhar a funcionalidade familiar como rede de apoio no cuidado ao adolescente em uma experiência intersetorial envolvendo a academia, a saúde e a escola, possibilitando ao adolescente refletir e identificar os fatores de satisfação e insatisfação em relação à família da qual faz parte.

Dessa forma, o estudo teve como objetivos classificar as famílias dos adolescentes de duas escolas públicas segundo os escores do APGAR Familiar e identificar a satisfação dos adolescentes em relação às dimensões do APGAR Familiar.

MÉTODO

Trata-se de estudo exploratório descritivo de abordagem quantitativa, realizado no período de fevereiro a junho de 2010 em duas instituições públicas de ensino do Município de São Luís-MA. As escolas foram selecionadas levando-se em conta as seguintes condições: ser referência estadual para o ensino médio e ter articulação com a Universidade Federal do Maranhão por meio de pesquisas e intervenções consolidadas em experiências anteriores. Participaram da pesquisa 1.035 adolescentes entre 12 e 18 anos de idade, de acordo com a delimitação etária instituída pelo ECA⁽⁵⁾.

Para a coleta dos dados utilizou-se o APGAR Familiar, que possibilita mensurar a satisfação dos membros da família, por meio da escala de avaliação da dinâmica do funcionamento familiar. Seu princípio fundamental consiste nos membros de uma família perceberem o funcionamento familiar e manifestar o seu grau de satisfação pelo cumprimento de parâmetros básicos da função definidos pelo acrônimo APGAR: A - adaptação (*Adaptation*) analisa como os recursos são compartilhados ou qual o grau de satisfação do membro familiar com a atenção recebida; P - participação (*Participation*) relaciona-se a satisfação do membro da família com a reciprocidade da comunicação familiar na resolução de problemas; G - crescimento (*Growth*) como a promoção do crescimento é compartilhada ou qual a satisfação do membro da família com a liberdade disponível no ambiente familiar para a mudança de papéis e para a concretização do crescimento emocional ou amadurecimento; A - afetividade (*Affection*) como as experiências emocionais são compartilhadas ou qual a satisfação do familiar com a intimidade e interação emocional no contexto familiar; R - dedicação (*Resolution*) como o tempo é compartilhado ou qual a satisfação do membro familiar com o compromisso que tem sido estabelecido pelos seus próprios membros.

Este questionário é composto de cinco perguntas que correspondem aos componentes da função familiar, anteriormente citados, com três possibilidades de resposta cada uma (Quase sempre, Algumas vezes, Nunca) com pontuação que varia de zero a dois pontos. O somatório poderá ser de zero a 10 pontos, sendo as famílias classificadas em: Família Funcional (pontuação de 7-10); Família Disfuncional (pontuação igual ou menor que 6), essa classificada como Disfuncional Leve (pontuação de 3-6); ou Disfuncional Grave (pontuação igual ou menor que dois). É um instrumento com poucos quesitos e com questões amplas, que possibilita a realização de estudos comparativos⁽¹²⁾.

O estudo foi precedido pela aprovação do projeto nas instâncias acadêmicas da Universidade Federal do Maranhão e pela aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa na mesma universidade com número 23115-006943/2009-99, seguida pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo representante legal (pai, mãe ou responsável) dos adolescentes, sendo respeitados os aspectos éticos referentes à pesquisa com seres humanos, como determina a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹³⁾.

Para a coleta de dados, inicialmente foi estabelecido contato informal com as coordenações e professores das duas instituições de ensino com o objetivo de apresentar o projeto de pesquisa e formalizar parcerias para a sua realização. Os dados foram coletados nas escolas em horários definidos e negociados com a Direção e com os professores de cada turma nos turnos matutino e vespertino. Realizou-se o primeiro contato com os estudantes; estes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e receberam explicações sobre a necessidade de assinatura do TCLE pelos responsáveis autorizando a sua participação na pesquisa. Nessa oportunidade o TCLE foi entregue ao estudante com orientações aos pais sobre a pesquisa e a solicitação de sua devolução já assinado pelo responsável em encontro posterior, agendado um dia específico para cada turma.

Para a coleta de dados propriamente dita, os estudantes receberam, na sala de aula, formulário digitado com todas as orientações para preenchimento do instrumento. Esse material foi lido e discutido para esclarecer quaisquer dúvidas dos adolescentes. Foi enfatizada que nenhuma pergunta deveria ser deixada em branco. Em seguida, os estudantes receberam o instrumento e foram orientados a responder uma pergunta de cada vez, após a leitura guiada pelo pesquisador. Os dados após coletados foram inseridos em planilhas do Excel e submetidos a tratamento utilizando a estatística descritiva para análise. Os resultados são apresentados em gráficos e tabelas em números relativos e percentuais simples.

RESULTADOS

A figura 1 apresenta a classificação das famílias dos adolescentes de escolas públicas investigados. Segundo o APGAR Familiar, as famílias foram classificadas em funcionais e disfuncionais. Os resultados evidenciaram que 73,2% (n=758) dos adolescentes estavam inseridos em famílias do tipo funcional, enquanto 26,8% (n=277) em famílias disfuncionais. Destas 92,4% (n=256) disfuncionais leves e 7,6% (n=21) famílias disfuncionais graves.

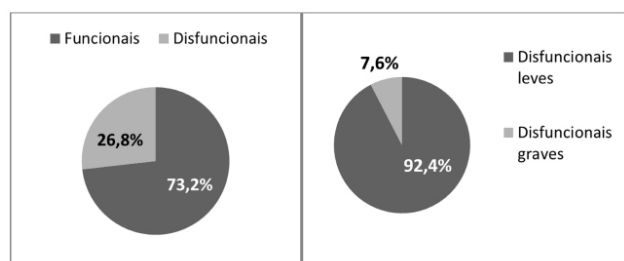


Figura 1 – Classificação das famílias dos adolescentes segundo o APGAR Familiar. São Luiz, 2010

A tabela 1 apresenta a variabilidade dos escores demonstrando que as famílias funcionais apresentaram escore médio de 8,3, as disfuncionais leves de 5,1 e as disfuncionais graves de 1,2. Quando considerado o total dos escores, a média geral foi de 7,3 o que também caracteriza a prevalência de famílias funcionais.

Tabela 1 - Variabilidade dos escores por classificação do APGAR Familiar. São Luís, 2010

| Classificação das famílias | Mín. | Máx. | Média | Moda | DP |
|----------------------------|------|------|-------|------|-----|
| Funcionais | 7 | 10 | 8,3 | 8 | 1 |
| Disfuncionais leves | 3 | 6 | 5,1 | 6 | 1 |
| Disfuncionais graves | 0 | 2 | 1,2 | 2 | 0,9 |
| Total | - | - | 7,3 | 8 | 1,9 |

A figura 2 apresenta os escores do APGAR Familiar, evidenciando a variação de pontos de 0 a 10. Os escores mais frequentes variaram entre 7 e 9 com número absoluto de 192, 269 e 202 respectivamente, o que justifica a maioria das famílias terem sido classificadas como funcionais. No entanto, houve decréscimo significativo para o escore máximo 10, com número absoluto de 95.

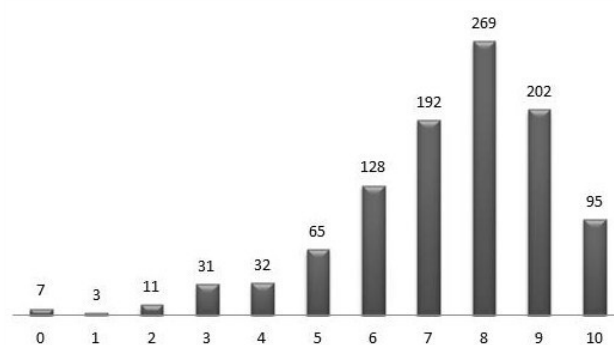


Figura 2 – Escores do APGAR Familiar apresentados pelas famílias dos adolescentes escolares. São Luís, 2010

A figura 3 corresponde às Dimensões do APGAR Familiar de adolescentes estudantes (adaptação, participação, desenvolvimento, afetividade e dedicação) segundo sua satisfação em relação à sua família. Na *Dimensão Adaptação* 69,6% (n=720) responderam estar quase sempre satisfeitos; no tocante à *Dimensão Dedicção* 69,1% (n=715) responderam *quase sempre* e essa dimensão diz respeito à satisfação do adolescente da maneira como os membros da família se organizam para dispor de tempo que permita atenção, escuta e diálogo para com os adolescentes. A *Dimen-*

são Participação, que corresponde à forma como são discutidas questões de interesse e a reciprocidade nas comunicações familiares apresentou frequência de 48,0% (n=497); nessa dimensão observou-se uma maior frequência de respostas *nunca* (8,0% e n=82) quando comparada com as *Dimensões Adaptação e Dedicção*. Na *Dimensão Desenvolvimento* ou aceitação da família frente ao desejo do adolescente iniciar novas atividades ou modificar seu estilo de vida 44,9% (n=465) das respostas foi *quase sempre*. Essa dimensão está associada à liberdade, disponibilidade da família para mudanças de papéis e para o alcance da maturidade ou do desenvolvimento emocional. Mais uma vez houve acréscimo na frequência de respostas *nunca* em relação às dimensões descritas anteriormente.

Levando-se em consideração o princípio fundamental do APGAR no qual os adolescentes podem manifestar o grau de satisfação com o funcionamento familiar, a *Afetividade* ou o modo de demonstrar sentimentos entre os membros da família mostrou-se como a dimensão do APGAR com maior frequência de respostas *nunca* que correspondeu a 12,6% (n=130). A frequência de resposta *nunca*, quando consideradas todas as dimensões do APGAR, variou entre 2,4 e 12,6% expressas na seguinte ordem: Adaptação (2,4%), Dedicção (4,3%), Participação (8,0%), Desenvolvimento (10,1%) e Afetividade (12,6%). Portanto, quanto menor a frequência de respostas *nunca*, maior é a satisfação do adolescente em relação a cada dimensão ou o contrário, quanto maior a frequência de resposta *nunca* maior a insatisfação em relação a esse critério.

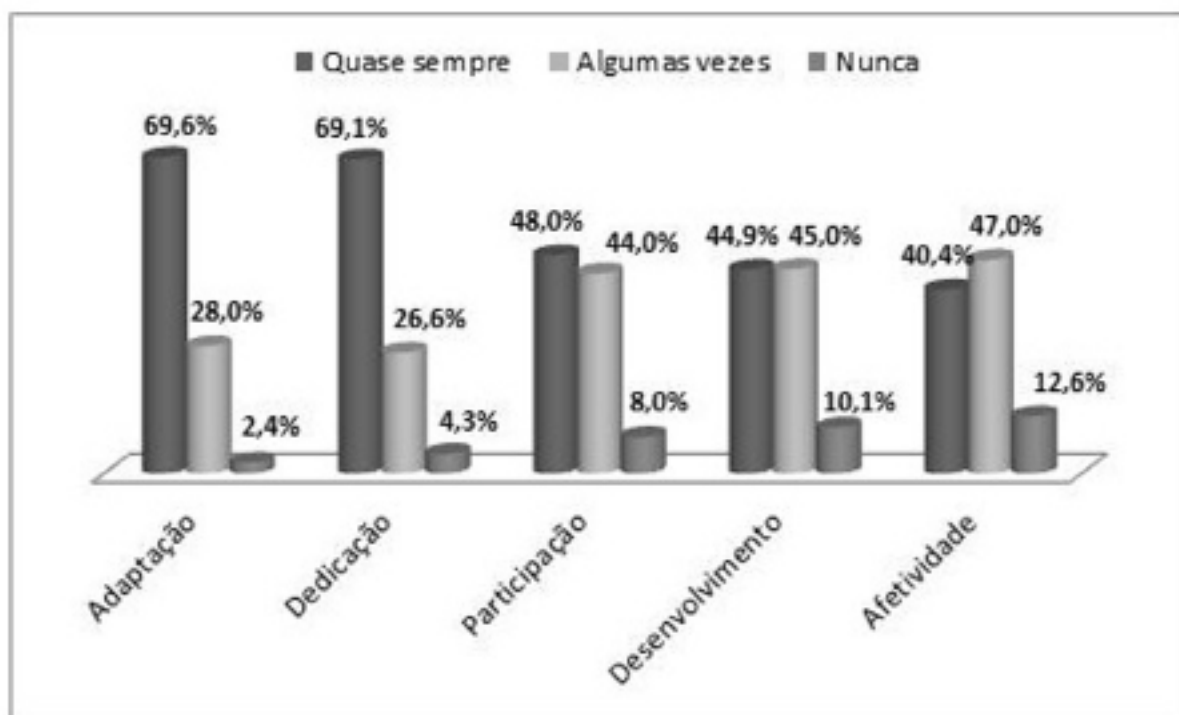


Figura 3 – Dimensões do APGAR Familiar de adolescentes escolares. São Luiz, 2010

DISCUSSÃO

Os dados revelaram elevado índice de famílias funcionais em sobreposição às famílias disfuncionais. Uma família é dita funcional quando seus membros se relacionam de forma satisfatória, interagem de forma aberta e flexível entre si e com os outros, respeitando a sua singularidade e liberdade de expor sentimentos e pensamentos. Portanto, funcionalidade familiar significa qualidade do relacionamento entre os membros da família

construída ao longo da vivência familiar e diretamente ligada ao sistema de apoio social do indivíduo⁽¹⁴⁾. Nesse sentido, são consideradas famílias funcionais aquelas com menor potencial de risco para seus membros, com habilidades para estabelecer e manter boa comunicação e coesão. Também, estabelecer regras flexíveis, liderança compartilhada, autoestima, relação conjugal integrada, de forma que possibilite à família atuar como um todo, preservando a individualidade de cada um e permitindo dinamicamente autonomia e controle. Esse tipo de família

apresenta limites claros, dando aos seus membros os recursos necessários ao crescimento individual e apoio diante das dificuldades. Dessa forma, a família desempenha papel facilitador e de suporte, contribuindo positivamente para o desenvolvimento emocional, afetivo, psicológico e social dos adolescentes. O contrário, quando os adolescentes encontram-se inseridos em famílias disfuncionais, aumenta a possibilidade de comportamentos desviantes, seja em relação à própria família ou a outros grupos sociais, como a escola, por exemplo⁽¹⁵⁾. As famílias que funcionam de forma caótica, ou famílias disfuncionais, são descritas como aquelas que não cumprem suas funções de acordo com a etapa do ciclo vital que se encontram e em relação às demandas que ocorrem ao seu redor⁽¹⁶⁾.

Considerando-se as dimensões do APGAR Familiar, pôde-se observar maior satisfação dos adolescentes no que diz respeito às Dimensões de Adaptação e Dedicção, visto que mais da metade dos adolescentes revelaram estar *quase sempre* satisfeitos com a família nesses aspectos. Nessa perspectiva, defende-se que é de responsabilidade da família a garantia de cuidados que promovam o crescimento, o desenvolvimento e a adaptação de seus membros, tanto internamente, isto é, no contexto familiar e domiciliar, como no âmbito externo, que envolve a relação com o meio social.

As maiores frequências de respostas *quase sempre* atribuídas pelos adolescentes foram para as Dimensões Adaptação (70%) e Dedicção (69%) do APGAR Familiar, evidenciando, dessa maneira, maior satisfação dos adolescentes diante dos recursos dispensados aos mesmos pelos membros da família. A maior frequência de respostas *algumas vezes* foi atribuída às dimensões Afetividade (47%), Desenvolvimento (45%) e Participação (44%). Esse dado pode revelar a característica de instabilidade emocional e afetiva do ser adolescente como um viajante⁽¹⁷⁾ que deixou um lugar e ainda não chegou ao seguinte, interferindo na satisfação dos mesmos no tocante às relações e interações no contexto familiar. É sabido que o adolescente vivencia momentos de isolamento social intrafamiliar e que, dessa forma, contribui para uma percepção negativa da sua família. Em outros momentos, a família surge para os adolescentes como esteio, tanto para os processos de desenvolvimento quanto afetivos.

Dentre outros determinantes para as relações intrafamiliares, o empobrecimento social gerado pelo modelo econômico capitalista e concentrador de rendas e pela falta de políticas públicas acarreta comportamentos adversos no seio familiar⁽¹⁷⁾. Para a autora, esse fenômeno faz com que haja, por parte dos

familiares adultos, uma busca por múltiplos vínculos de trabalho. E, decorre daí, uma escassa disponibilidade de tempo para as relações pessoais, principalmente no âmbito familiar. Ela complementa afirmando que essa ausência, mesmo que involuntária, leva o adolescente a estabelecer outros laços em sua comunidade, assumindo muitas vezes comportamentos desviantes⁽¹⁷⁾.

Estudo mostra que é fundamental à dinâmica familiar uma comunicação clara, coerente e afetiva entre os membros da família, para que se alcance a resolução dos problemas⁽⁹⁾. Além disso, os papéis de cada membro devem ser designados e aceitos por eles, destacando a complementaridade entre os membros no processo de participação. Em outro estudo, realizado com 1100 adolescentes, foi evidenciada a insatisfação desses com a família, por apresentar comunicação patológica, sem espaço para expressar sentimentos, ideias e opiniões; além de falta de respeito, apoio e afeto entre os membros⁽¹⁸⁾. Esses eventos caracterizam a dinâmica familiar prejudicada, mais especificamente, nas Dimensões Comunicação e Afetividade.

Segundo os resultados apontados na figura 3 do presente estudo, a Afetividade foi a dimensão do APGAR que revelou a insatisfação dos adolescentes mediante as demonstrações de carinho recebidas pelos membros da família. Autores afirmam que quanto maior afeto o indivíduo receber no início da vida, maior será sua disponibilidade de enfrentar e superar os eventos estressantes de vida, e consideram que o afeto se constrói na memória da criança e pode protegê-la dos estressores sociais internos e externos, tornando-a menos vulnerável aos problemas sociais⁽¹⁹⁾. Dito de outra forma, o aspecto afetivo influencia no desenvolvimento social e psicológico dos filhos⁽²⁰⁾. Portanto, quando há monitoramento parental, ou seja, o interesse demonstrado pelos pais em relação à vida cotidiana dos filhos, por exemplo, como saber quem são seus amigos, que lugares frequentam, qual o desempenho na escola, entre outros, configura-se como uma prática educativa que pode influenciar positivamente as atitudes e comportamentos dos adolescentes.

Dentre os objetivos do PSE destaca-se a articulação das ações de saúde e de educação, de forma a ampliar o alcance e o impacto das ações e o enfrentamento das vulnerabilidades⁽¹¹⁾. No entanto, julgamos necessário articular, não somente as ações, mas a centralidade para a família e os processos dinâmicos que ocorrem internamente nesse sistema. Dessa forma, será possível assegurar informações, trocar experiências e planejar intervenções, tendo em vista todos estes aspectos. Olhar para o ado-

lescente, sua família e funcionalidade, permita ampliar o olhar dos profissionais e identificar além de agravos à saúde, vulnerabilidades a que podem estar sujeitos, tanto o adolescente como a família. Portanto, lidar nessa perspectiva, poderá impactar, de maneira positiva, na qualidade de vida, na promoção de vínculos saudáveis resguardando a família como *locus* para o crescimento e para o desenvolvimento desse grupo social.

CONCLUSÃO

Avaliar as famílias, segundo sua funcionalidade, constituiu uma estratégia para ampliar estudos com adolescentes, considerando a família como integrante desse cuidado. Os resultados obtidos evidenciam a importância de considerar o adolescente na sua perspectiva familiar, visto que a afetividade foi o sentimento de maior insatisfação referido pelos participantes do estudo. Demonstrando-se, dessa forma, a necessidade de ampliar os estudos sob esses aspectos, em especial, nas pesquisas de Enfermagem, e contribuindo com a produção do conhecimento nas áreas de atenção ao adolescente e à família.

Perceber e monitorar as habilidades, ou possíveis dificuldades que possam ter os jovens em seu convívio familiar, passa a ser atitude necessária àqueles que assumem a responsabilidade pela educação, pela saúde e segurança desse grupo social, incluindo-se a escola, os professores, as instituições e profissionais de saúde e as famílias. Dentre os profissionais, destaca-se a atuação do enfermeiro na saúde do adolescente a partir da vinculação entre a produção de conhecimento e o viver saudável de adolescentes. Centrando-se, portanto, no conceito ampliado de saúde, na integralidade e na produção de cidadania e autonomia. Apesar de ser considerada uma tarefa difícil, estreitar as relações entre adolescentes, família, escola e saúde é uma necessidade cada vez mais frequente. Dessa forma, a Enfermagem, ao realizar pesquisa sobre a funcionalidade familiar de adolescentes e ao estabelecer parcerias com a família e a escola, poderá contribuir como rede de apoio na vida do adolescente.

REFERÊNCIAS

1. Feijó RB, Saueressig M, Salazar C, Chaves MLF. Mental Health Screening by self-report questionnaire among community adolescents in Southern Brazil. *J. adolesc. health*. 1997;20(3):232-7.
2. Gomide PIC. Pais presentes, pais ausentes. Petrópolis: Vozes; 2004.
3. Pratta EMM, Santos MA. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. *Psicol. estud*. 2007;12(2):247-56.
4. Lidchi V, Eisenstein E. Adolescentes e famílias no contexto médico. In: Mello Filho J, organizador. *Doença e família*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004. p. 217-31.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília; 1991.
6. Silva AGS. Adolescência no contexto da cidadania. Fundação Estadual da Criança e do Adolescente: Universidade de Évora; 2008.
7. Silva ABB. Bullying: mentes perigosas nas escolas. Rio de Janeiro: Objetiva; 2010.
8. Gómez MTO. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Rev. Cubana Med. Gen. Integr*. 1999;13(2):591-5.
9. Santí PMH. La salud familiar. *Rev. Cubana Med. Gen. Integr*. 1997;15(4):439-45.
10. Sousa L. Famílias multiproblemáticas. Portugal: Quarteto; 2005.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Saúde na Escola (24). Brasília, 2009.
12. Paiva ATG, Bessa MEP, Moraes GLA, Silva MJ, Oliveira RDP, Soares AMG. Avaliação da funcionalidade de famílias com idosos. *Cogitare enferm*. 2011;16(1):22-8.
13. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996; 4(2 Suppl):15-25.
14. Arias LC, Herrera AJM. El APGAR familiar en el cuidado primario de salud. *Colomb. Med*. 1994;25(1):26-8.
15. Bielermann VLM. A família cuidando do ser humano com câncer e sentindo a experiência. *Rev Bras Enferm*. 2003;56(2):133-7.
16. Cianciarullo TI, Gualda DMR, Silva GTR, Cunha ICKO. Saúde na família e na comunidade. São Paulo: Robe; 2002.
17. Losacco S. O jovem e o contexto familiar. In: Acosta

AR, Vitale MAFV, organizadores. Família: redes, laços e políticas públicas. São Paulo: Cortez; 2008. p. 63-76.

18. Díez JP. El modelado familiar y el papel educativo de los padres en la etiología del consumo de alcohol en los adolescentes. *Rev. Esp. Salud Pública*. 1998;72(3):251-66.
19. Souza MS, Baptista MN, Alves GAS. Suporte familiar e saúde mental: evidência de validade baseada na relação entre variáveis. *Aletheia*. 2008;(28):45-59.
20. Salvador APV, Weber LND. Práticas educativas parentais: um estudo comparativo da interação familiar de dois adolescentes distintos. *Interação Psicol*. 2005;9(2):341-53.