

## ABORDAGEM FAMILIAR NA VISÃO DE UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL: ESTUDO DE CASO

*Family approach in view of a team multiprofessional: case study*

Maria Aparecida Barbosa de Sá<sup>1</sup>  
Sibelle Gonçalves de Almeida<sup>2</sup>  
Thiago Antunes de Oliveira<sup>3</sup>  
Keyla Marinho de Paiva<sup>4</sup>  
Ludmilla Rodrigues Campolina<sup>5</sup>  
Claudia Danyella Alves Leão<sup>6</sup>  
Carlos Alberto Quintão Rodrigues<sup>7</sup>

**Resumo:** objetivou-se relatar em um caso clínico a experiência de uma equipe multiprofissional na abordagem familiar realizada através da aplicação das ferramentas de trabalho: Genograma, FIRO, P.R.A.C.T.I.C.E., Ciclo de Vida e Conferência Familiar, em uma família assistida por uma Equipe de Estratégia em Saúde da Família. A utilização dos instrumentos sistematizados facilitou a compreensão da estrutura, funcionamento e dinâmica da família em estudo, permitindo maior interação entre os profissionais de saúde e a família. A experiência permitiu, ainda, a contribuição para a reorganização dos papéis familiares incentivando a divisão de tarefas entre os membros, através da elaboração de um plano de cuidados construído a partir das demandas dos próprios familiares.

**Palavras-chave:** Saúde da família; Relações familiares; Estratégia Saúde da Família.

- 
- 1 Cirurgiã-dentista. Especializanda da Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Montes Claros- UNIMONTES.
  - 2 Enfermeira. Especializanda da Residência Multiprofissional em saúde da Família pela Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES.
  - 3 Psicólogo. Especializando da Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES.
  - 4 Cirurgiã-dentista. Especialista na modalidade da Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Montes Claros- UNIMONTES. Montes Claros – MG.
  - 5 Enfermeira. Especialista na modalidade da Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES.
  - 6 Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros- UNIMONTES.
  - 7 Cirurgião-dentista. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES.

**Abstract:** the objective was to report on a case the experience of a multidisciplinary team approach in the family performed by applying the tools of work: genogram, FIRO, PRACTICE, Life Cycle and Family Conference in an assisted family for a Strategy Team Health of the family. The systematic use of instruments facilitated the understanding of the structure, functioning and family dynamics under study, allowing greater interaction between health professionals and the family. The experience allowed the contribution to the reorganization of family roles encouraging the division of tasks among members through the development of a care plan built from the demands of their own families.

**Keywords:** Family health; family relationships; Family Health Strategy.

## INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) iniciou-se no Brasil nos anos 90 como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Acredita-se que a busca de novos modelos de assistência se deve às necessidades de saúde das pessoas nas quais modelo tecnicista/hospitalocêntrico não atende satisfatoriamente à emergência das mudanças atuais. Sendo assim, o PSF, hoje denominado Estratégia em Saúde da família (ESF) mostra-se como uma nova maneira de trabalhar a saúde, não focando apenas no indivíduo doente e sim na família como um todo, inserindo uma nova visão no processo saúde-doença, na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção.<sup>1</sup>

Indivíduos e suas famílias apresentam traços biológicos, físicos e sociais que lhes são característicos e isto contribui para diferentes modos de adoecer e de morrer, bem como de entender e manejar uma enfermidade ou sofrimento, durante o ciclo de vida familiar. Tais concepções nos possibilitam pensar que os profissionais da área de atenção primária à saúde tratam pessoas com enfermidades, mas que, além de serem portadoras de uma doença, estão inseridas em um contexto mais amplo, o da família.<sup>2</sup>

O doente e sua família sofrem o impacto da fase avançada de uma doença incurável e para que possam ser ajudados, devem ter acesso e apoio adequados por parte dos profissionais de saúde. Para planejar tal apoio, deve ser identificado o cuidador principal e as pessoas consideradas pelo doente

como sendo de sua família, independentemente dos laços sanguíneos, sendo fundamental fazer uma correta avaliação das necessidades dos cuidadores.<sup>3</sup>

E o acesso à família é um pré-requisito para se atuar sobre ela. A abordagem familiar é considerada uma das principais estratégias de cuidado em saúde, pois através dela que se obtém o conhecimento da família e das possíveis disfuncionalidades que prejudicam o bem-estar biopsicossocial de seus membros, além disso, ela possibilita à equipe identificar as limitações existentes no contexto familiar que podem interferir no processo terapêutico.<sup>4-5</sup>

Assim torna-se necessário aos profissionais a adoção de medidas para praticar tal abordagem. Neste contexto, foram instituídas ferramentas utilizadas para o acesso e trabalho com famílias, também conhecidas como ferramentas de saúde da família. Estas são tecnologias relacionais, oriundas da Sociologia e da Psicologia, que visam estreitar as relações entre os profissionais e as famílias, promovendo a compreensão em profundidade do funcionamento do indivíduo e de suas relações com a família e a sociedade.<sup>4,6</sup> Dentre as ferramentas de trabalho com famílias usadas na atenção primária, encontram-se: Genograma, Ciclo de vida, F.I.R.O e P.R.A.C.T.I.C.E as quais são utilizadas para entender a dinâmica familiar.<sup>6</sup>

O presente estudo tem como objetivo relatar, em um caso clínico, a experiência de uma equipe multiprofissional (enfermeira, médica, cirurgiã-dentista e psicólogo) na abordagem familiar realizada através da aplicação de ferramentas de trabalho em uma família assistida por uma Equipe de Estratégia em Saúde da Família em Montes Claros- MG.

## RELATO DE CASO

O acompanhamento da família em estudo se deu a partir de uma solicitação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Esta, por meio de telefonema, requereu uma visita domiciliar à paciente, Senhora Joana, que, pelo relato, seria uma paciente idosa e acamada. Atendendo ao pedido, a visita foi realizada e a partir dela constatou-se que não se tratava de uma paciente acamada, nem mesmo idosa, apesar de a mesma apresentar-se com vários problemas de saúde. Contudo, a família já era acompanhada pela ESF e visitada, mensalmente, pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS).

A partir desta solicitação, a família passou a ser acompanhada com maior periodicidade e devido à situação crítica de saúde de um dos membros e a repercussão desta situação nos demais, esta foi eleita para o estudo de caso, com o objetivo de instituir uma abordagem familiar mais aprofundada, na busca da resolução do problema apresentado.

A paciente índice, Renata foi quem revelou a insatisfação com a atual situação enfrentada pela família, apresentando queixas de sobrecarga de trabalho e responsabilidades com para com essa família. A mãe, Senhora Joana, é hipertensa, diabética, cardiopata e faz uso de vários medicamentos. Já se submeteu a diversos exames invasivos e cirurgias: oito cateterismos, três angioplastias, duas pontes de safena, cirurgia de carótida, além de três Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) e enfrenta, atualmente, uma média de duas hospitalizações mensais. Apesar disso, Renata relata ser a única dos quatro filhos (Joice, Mateus e Fernanda) a se importar com a mãe, ter que acompanhá-la sozinha durante as hospitalizações e se responsabilizar por todas as despesas.

Renata é divorciada e mora com a mãe e o filho, Felipe, em uma casa cedida pelo irmão. Ela

abandonou o trabalho para dedicar-se integralmente aos cuidados para com a mãe doente e mantém as despesas, a partir de benefícios do governo concedidos à mãe e ajuda financeira do filho. Queixa-se de sintomas de ansiedade, tristeza, medo, agitação e profunda angústia frente à situação. Relata fazer acompanhamento psiquiátrico e uso de psicofármacos, para controle dos sintomas.

Ao todo foram realizadas seis visitas domiciliares, durante as quais foi realizada a aplicação das ferramentas de abordagem familiar (Genograma, F.I.R.O., P.R.A.C.T.I.C.E, ciclo de vida e conferência familiar) que possibilitaram o maior conhecimento da família e da situação vivenciada que nortearam a realização e aplicação do plano de cuidados.

### Genograma

O genograma é uma ferramenta que representa graficamente a estrutura familiar. Através dela, identifica-se a estrutura familiar e o seu padrão de relação e repetição entre as gerações.<sup>7</sup> Foi construído por meio de entrevistas, a partir de duas visitas domiciliares, realizadas à família. O fluxo das perguntas seguiu uma linha temporal, partindo-se da situação atual para o passado. FIG 1.

Renata é a primeira filha de quatro filhos, frutos da união entre Senhora Joana e Senhor Pedro, separados há aproximadamente 30 anos. Ela mantém um relacionamento afetivo com Rodrigo, há aproximadamente oito anos, porém este é pouco aceito pela família por se tratar, segundo a própria Renata, de um companheiro agressivo.

Joice, Mateus e Fernanda, irmãos de Renata, não se relacionam com o pai, Pedro, sendo ela a única filha a manter contato com ele. Joice e Mateus residem em bairros próximos da mãe, mas mantém um relacionamento distante, o que entristece a Senhora Joana e angústia Renata.

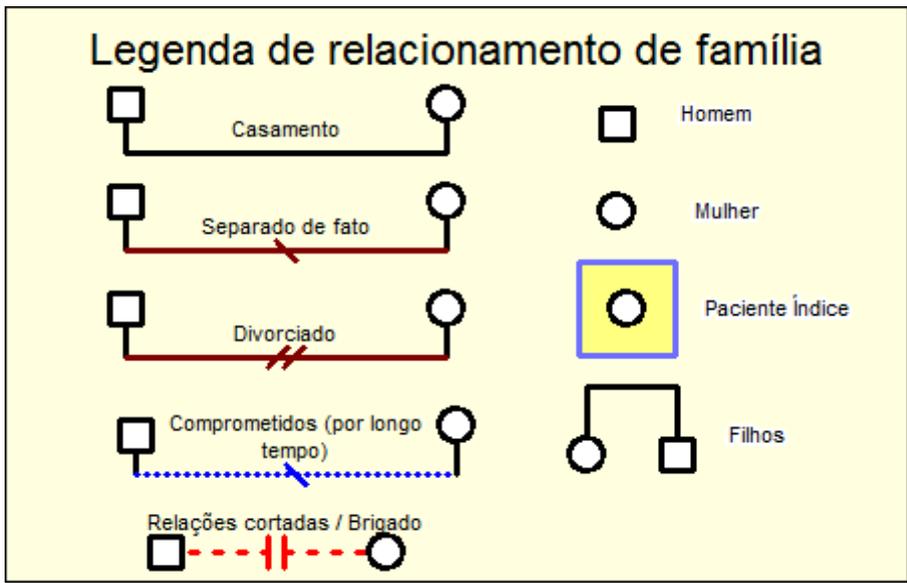
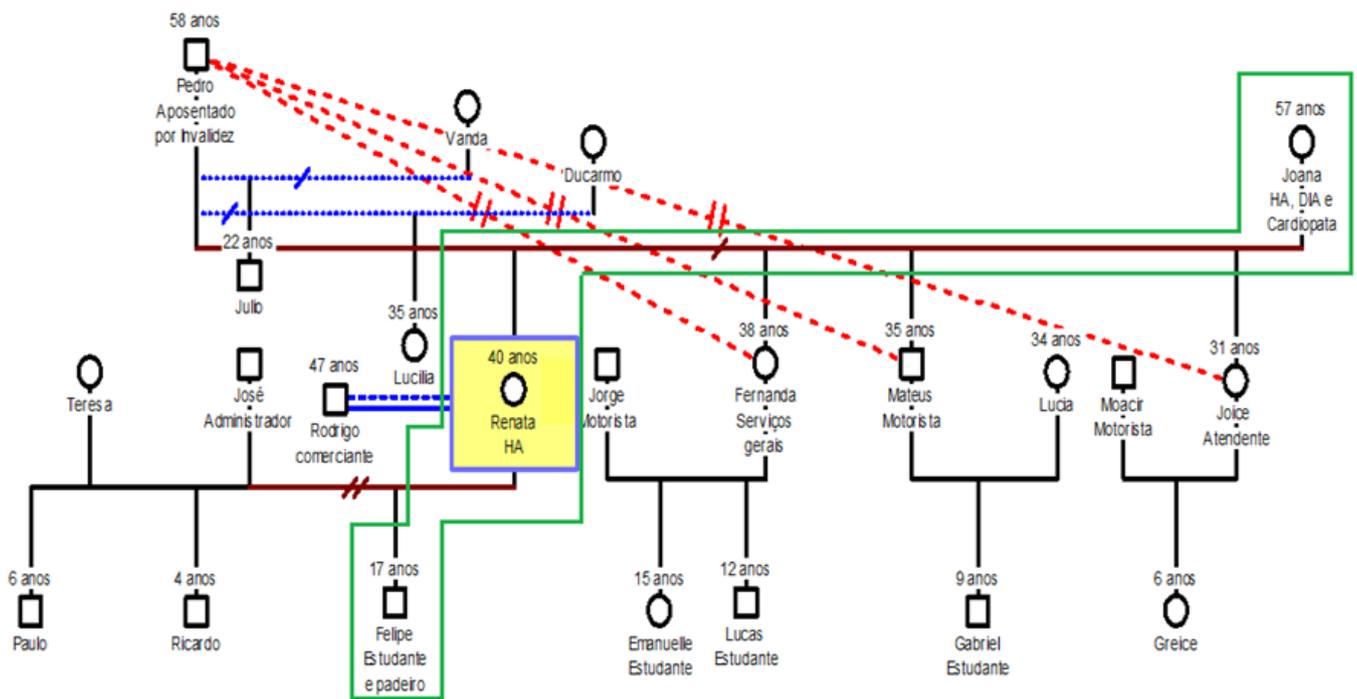


Figura 1 - Genograma.

## Ciclo de vida familiar

Esta ferramenta divide a história da família em estágios de desenvolvimento previsíveis, sendo que cada estágio é caracterizado por tarefas específicas de desenvolvimento e por estresse associado com a execução ou não das tarefas do estágio. Sua análise na abordagem familiar permite auxiliar a família na compreensão das tarefas para atravessar estas transições.<sup>8</sup>

As mudanças no ciclo de vida são marcadas por importantes eventos que modificam a estrutura familiar, cabendo aos profissionais o diagnóstico e o apoio à família na transição entre esses estágios.<sup>9</sup>

É importante salientar que o contexto social, econômico e político e seu impacto sobre as famílias não devem ser ignorados.<sup>10</sup>

A análise da família permitiu enquadrá-la em dois estágios distintos: a convivência com filhos adolescentes e lançando os filhos e seguindo em frente. O primeiro estágio citado representa uma fase em que se é exigido da família aumentar a flexibilidade das fronteiras familiares para incluir a independência dos filhos e a fragilidade da geração mais velha, assim como reforçar as questões conjugais e profissionais no meio da vida.<sup>9,11</sup>

Já no seguinte, estará presente a saída do filho, comumente chamado de “*Ninho Vazio*”, em que devem ser aceitas várias entradas e saídas no sistema familiar, como voltar a viver como casal sem filhos, com ajuste ao fim do papel dos pais, desenvolvimento de relacionamento de adulto para adulto entre os filhos crescidos e seus pais.<sup>9,11</sup>

## Firo

A ferramenta FIRO foi projetada por Schultz com objetivo de estudar grupos em um sistema social e adaptado por W. J. Doherty e N. Colangelo para estudo e terapia com famílias. Destina-se a compreender melhor o funcionamento da família, sendo utilizado para entender as alterações no ciclo de vida familiar, a avaliação das disfunções conju-

gais ou familiares, as doenças graves e pacientes terminais. As relações podem ser categorizadas em inclusão (Estrutura, conectividade e modo de compartilhar), controle e intimidade.<sup>12</sup>

## Inclusão

### - Estrutura

A estrutura compreende os papéis de cada membro da família, capturando, assim, a sua organização e os padrões repetitivos de interação que se tornam rotina. Renata, a paciente índice, atualmente encontra-se desempregada e tem em sua rotina o cuidado diário com a casa e a mãe doente. Esta por sua vez, beneficiária do auxílio doença, não exerce qualquer atividade, com exceção de pequenos trabalhos domésticos, devido às limitações do seu problema de saúde. Felipe, filho de Renata, é estudante e trabalha como confeitiro, contribui financeiramente com as despesas da casa e ajuda a mãe com os cuidados dispensados à avó. Joice, a irmã mais nova de Renata, é casada e mora em bairro diferente da mãe. Trabalha como atendente de padaria e contribui mensalmente com uma cesta básica e ajuda frequentemente a irmã com os cuidados dispensados à mãe.

Os outros irmãos Mateus e Fernanda, também casados, pouco frequentam a casa em que Renata mora com a mãe. Ele é motorista e ela auxiliar de serviços gerais, ambos não contribuem financeiramente com as despesas da família e tampouco colaboram com os cuidados à mãe.

O que se observa é que não há uma divisão de tarefas quanto aos cuidados exigidos pelo membro doente, Senhora Joana, havendo uma sobrecarga sobre a paciente índice, Renata.

### - Conectividade

A conectividade refere-se aos laços de interação entre os membros da família, revelando, assim, os elementos de comprometimento, educação e sentimentos de pertencer à família.<sup>8</sup>

DE SÁ, M. A. B.; ALMEIDA, S. G.; OLIVEIRA, T. A.; PAIVA, K. M.; CAMPOLINA, L. R.; LEÃO, C. D. A.; RODRIGUES, C. A. Q.

A relação entre os membros é um pouco conflituosa. Renata apresenta bom relacionamento com sua mãe, Senhora Joana, apesar de pequenos descontentamentos rotineiros ocasionados, segundo ela, pela sobrecarga de cuidados que a mãe exige. Pelo filho, Felipe, Renata demonstra afeto e cuidado. Já com os irmãos, o relacionamento é distante, com exceção de Joice que é a mais próxima de Renata. Há uma cobrança por parte de Renata de maior comprometimento dos irmãos com relação aos cuidados necessários à mãe, que se queixa do distanciamento dos filhos.

#### - Modos de compartilhar:

Esta subcategoria refere-se à interação entre os familiares, a identidade da família como um grupo, incluindo as questões de valores e dos rituais familiares<sup>8</sup>. Percebe-se que não existe uma organização dos membros familiares para enfrentar as situações de estresse. Praticamente, nunca se reúnem todos e há um distanciamento afetivo entre eles.

#### Controle

O controle refere-se às interações do exercício de poder dentro da família, que pode ser dominante, reativo ou colaborativo<sup>9</sup>. Aqui, o poder foi classificado como dominante, uma vez que é a paciente índice responsável por todas as decisões inerentes à família, apesar do seu anseio em torná-lo colaborativo e compartilhá-lo com os irmãos.

#### Intimidade

Já a intimidade está relacionada às interações familiares correlatas às trocas interpessoais, ao modo de compartilhar sentimentos e a atitudes de aproximação e distanciamento entre os membros<sup>8,13</sup>. Entre os membros, o que se observa é que não

há a partilha e há dificuldade na expressão dos sentimentos, se mostram distantes e manifestam poucas demonstrações de afeto. Percebe-se, ainda, que há uma delegação de responsabilidades à paciente índice para a resolução de todos os problemas familiares.

#### P.r.a.c.t.i.c.e

O P.R.A.T.I.C.E representa o acróstico das palavras, em inglês, *Problem, roles, affect, communication, time in life, illness, coping with stress, environment/ecology*<sup>9</sup>. É projetada como uma diretriz para avaliação do funcionamento das famílias, focando-se no problema e é comumente usada para organizar as informações adquiridas da família, facilitando, assim, o desenvolvimento da avaliação familiar. Pode ser usada tanto para itens da ordem médica, comportamental e/ou de relacionamentos<sup>12</sup>.

#### P- Problemas apresentados (*problems*)

Incapacidade na divisão de tarefas relacionadas aos cuidados com a matriarca da família;

#### R- Papéis (*roles*)

A Senhora Joana demanda cuidados constantes. Renata apresenta papel importante por ser responsável por todas as decisões da família. Felipe exerce trabalho remunerado, ajuda no sustento da família e acata todas as decisões da paciente índice;

#### A- Afeto (*affect*)

A Senhora Joana nunca foi muito afetuosa, mas cuidava muito bem de seus filhos, já que foi abandonada com os quatro filhos pelo marido. Renata, apesar da sobrecarga, é muito afetuosa com a família. Felipe demonstra afeto para com a mãe, a avó, a tia Joice e a prima Greice, mas com o pai tem certa resistência, devido aos problemas de relacionamento entre os seus pais;

#### C- Comunicação (*communication*)

Renata comunica-se, de modo satisfatório, com

todos os membros da família, apesar da resistência dos outros membros em participar dos cuidados inerentes a Senhora Joana. A Senhora Joana não apresenta comunicação verbal satisfatória e a comunicação não verbal, também, é deficiente. Felipe apresenta comunicação satisfatória com os membros da família;

T- Tempo no ciclo de vida (*time in life*)

Lançando os filhos e seguindo em frente e família com filhos adolescentes;

I- Doença no passado e no presente (*illness*)

A Senhora Joana é cardiopata grave e depende de cuidados constantes, tarefa assumida somente por Renata, que não sabe como enfrentar a situação, o que reflete, negativamente, em saúde. Renata é hipertensa e pela responsabilidade de ser a cuidadora principal da Senhora Joana, apresenta transtornos mentais menores importantes;

C- Lidando com o estresse (*coping with stress*)

Foi observado que os membros da família não apresentam meios eficientes para o enfrentamento do estresse tendo o choro, a ansiedade e a agitação como forma de reagir às situações estressantes;

E-Ecologia ou meio ambiente (*environment/ecology*)

### **Conferência familiar**

Existem alguns tipos de problemas experimentados por famílias e estas não conseguem ultrapassar com recursos próprios, e, por isso, carecem de intervenção profissional a fim de serem resolvidos com sucesso. Habitualmente, esses problemas decorrem da falta de informação acerca da evolução da doença, das dificuldades na comunicação intrafamiliar, da dificuldade em tomar algumas decisões e da falta de recursos que possam ser importantes. Neste caso a conferência familiar é um dos recursos de intervenção realizado<sup>3</sup>.

Após a identificação dos problemas da família, tentou-se realizar, por inúmeras vezes, a conferência familiar com todos os membros

envolvidos, mas os mesmos demonstraram resistência em participar, mesmo marcando em horários adaptados às suas atividades. Devido a isso, a conferência familiar foi realizada sem a presença de Mateus, já que não foi possível obter contato nenhum com o mesmo.

Durante a conferência, foi compartilhado entre os membros os problemas apresentados quando da aplicação das outras ferramentas de abordagem familiar e a partir daí foi formulado e apresentado um plano de cuidados inerentes à divisão de tarefas e despesas com o tratamento da Senhora Joana. Foram, também, abordados a necessidade de visitas regulares e um apoio emocional a cuidadora principal, que é a paciente índice.

### **DISCUSSÃO**

A família vem, na maioria das vezes, como uma totalidade, em que cada integrante desempenha uma função que influencia no todo. Contudo, quando um desse grupo adoece e deixa de cumprir com sua função, a organização dessa família sofre mudanças que desencadeiam conturbações, obrigando à redistribuição de papéis<sup>14</sup>. Surge, assim, a figura do cuidador, geralmente um familiar que assume a responsabilidade de dar suporte e/ou assistir as necessidades do indivíduo doente.

No estudo, o papel de cuidador foi assumido pela filha da idosa doente, resultado que corrobora com os achados de Wanderbroocke (2002), de que o parentesco mais esperado entre os cuidadores principais é o da filha, independentemente do gênero do paciente, seguido da esposa.<sup>15</sup>

A prevalência das mulheres como cuidadores principais é justificada por diversos autores como uma questão cultural em que a mulher, ainda, é a principal responsável pelo cuidado, compreendido, muitas vezes, como uma extensão das atividades

domésticas.<sup>16</sup>

Comumente, a mulher cuida de várias e de todas as gerações: bebês, crianças, adultos e idosos; sadios e doentes. Elas agregam várias funções de cuidado para manter a ordem familiar. Quando se faz necessário, é comum a mulher abandonar tudo para exercer o papel de cuidador, até mesmo sua vida profissional.<sup>17</sup>

As mudanças ocorridas na vida dos cuidadores afetam seus sentimentos, seu dia a dia e suas atividades. Os familiares cuidadores tendem a distanciar-se da vida sociofamiliar à medida que a doença do ser cuidado progride. Deste modo, geralmente, há uma sobrecarga emocional e de atividades, gerando transformações na vida daquele que se compromete a assumir esse papel de cuidador.<sup>18</sup>

Tal sobrecarga é comum entre os cuidadores denominados solitários, os quais assumem a tarefa de cuidar com pouca ou nenhuma ajuda dos outros familiares<sup>19</sup>. Situação que corrobora com a observada em nosso estudo, em que entre as principais queixas da paciente índice está a sobrecarga advinda pelo cuidado. E, segundo Santana *et al.* 2009, este fato não é incomum. Frequentemente, os cuidadores sofrem perdas financeiras, negligências e abandono por parte dos demais familiares, ficando sobrecarregado com a tarefa de cuidar ao assumir a função.<sup>20</sup>

O desgaste emocional e a manifestação de transtornos psíquicos menores foram alguns dos sintomas apresentados pela paciente índice em nosso trabalho. Ocorrências que corroboram com a afirmação de Song (2006) que, quando comparados com a população geral, cuidadores de portadores de doença crônica apresentam significativamente mais sintomas de distúrbios do humor como ansiedade e depressão<sup>21</sup>, além de apresentarem maior nível de estresse.<sup>21,22</sup>

Zarit SH, Zarit JM (1987) afirmam, ainda, que cuidadores apresentam índices mais elevados de depressão e outros sintomas psiquiátricos e mostraram-se mais vulneráveis a problemas relacionados à saúde, quando comparados a pessoas da mesma idade que não são cuidadoras, participam menos de atividades sociais e apresentam mais problemas ocupacionais<sup>23</sup>.

Cuidar é uma tarefa sublime, porém árdua e que exige do cuidador dedicação, controle emocional exacerbado e autocuidado, para que o ele não caia na condição de incapacidade que o seu ente assistido se encontra. Assim, a assistência a quem cuida repercute, positivamente, também na saúde das pessoas que requerem cuidados.<sup>24</sup>

Nesta perspectiva a ESF tem a responsabilidade de criar e manter o vínculo com a família assistida no intuito de oferecer o acompanhamento necessário ao paciente, bem como o apoio físico e emocional ao cuidador. Cabe, também, à ESF, segundo Alvarenga, Amendola e Oliveira (2007), ações que contemplem os princípios fundamentais do SUS, possibilitando uma intervenção mais efetiva na mudança do perfil de saúde-doença dos familiares cuidadores para que estes estejam em boas condições de um cuidado satisfatório.<sup>25</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização das ferramentas de abordagem familiar, no estudo, possibilitou uma maior interação entre a equipe de saúde e a família em questão. A partir de sua aplicação, foi possível reconhecer os principais problemas enfrentados e elaborar estratégias de intervenção. Neste caso, em especial a experiência, permitiu aos profissionais

contribuir para a reorganização dos papéis familiares, incentivando a divisão de tarefas entre os membros. Tais resultados foram possíveis com a elaboração de um plano de cuidados, construído a partir das demandas dos próprios familiares.

Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesses.

## REFERÊNCIAS

1. ROSA, W.A.G; LABATE R.C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]*, v. 13 n. 6, p. 1027-1034, 2005.
2. MACHADO, H.B. Identificação de Riscos na Família a partir do Genograma. *Rev. Fam. Saúde Desenv.*, v.7, n. 2, p. 149-157, 2005.
3. NETO, I.G. A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. *RevPortClinGeral.*, v. 15, n. 19, p. 68-74, 2003.
4. MINISTÉRIO DA SAÚDE, MS. Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
5. GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde. Experiência do SSC/GHC. Porto Alegre: serviço de saúde comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003.
- 6- SILVEIRA, A.D.O.F. Uso das ferramentas de saúde da família na construção do cuidado em saúde. In: Arcanjo DR. Saúde da Família na atenção primária. Curitiba: *IBPEX*, p. 101-23, 2007.
7. MOYSÉS, S.T; TALBOT, Y; CZECZKO, N.G *et al.* Ferramenta de descrição da família e dos seus padrões de relacionamento: genograma: uso em saúde da família. *Revista Médica do Paraná*, 57, n. ½, p. 28-33, 1999.
8. WILSON, L; BADER, E. Ciclo de vida da família. In: Wilson L. Trabalhando com famílias: livro de trabalho para residentes. Curitiba: SMS, p. 38-9, 1996.
9. CHAPADEIRO, C.A; ANDRADE, H.Y.S.O; ARAÚJO, M.R.N. A família como foco da Atenção Primária à Saúde. *Nescon/UFMG*, p. 100, 2011.
10. SILVA, C.C; SILVA, A.T.M.C; LOSING, A. A integração e articulação entre as ações de saúde e de educação no programa de saúde da família –PSF. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 8, n. 1. P. 70 – 74, 2006.
11. SILVA, J.V, SANTOS, S.M.R. Trabalhando com Famílias Utilizando Ferramentas Revista APS, v.6, n.2, p. 77-86, 2003.
12. BRASIL, C.H.G. Residência em Medicina da Família e Comunidade e Especialização em Saúde da Família para Enfermeiros e Cirurgiões dentista. Montes Claros: UNIMONTES, 2010.
13. MOYSÉS, S.J; SILVEIRA FILHO, A.D. Os dizeres da boca em Curitiba: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis. Rio de Janeiro: *CEBES*, 2002. 155-60pg.
14. MOREIRA, M.D, CALDAS, P.C. A

- importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. *Escola Ana Nery. R. Enfermagem*, Rio de Janeiro, 2007, v. 11, n. 3.
15. WANDERBROOKE, A.C.N.S. (2002). Perfil do cuidador do paciente idoso com câncer. *Sico*, 2002, v. 33, n. 2, p. 401-412.
16. PERLINI, N.M.O.G; FARO, A.C.M. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. *Rev Esc Enferm USP*, 2005, v. 39, n. 2, p. 154-63.
17. FERREIRA, H.P; MARTINS, L.C, BRAGA, A.L.F, GARCIA, M.L.B. *Rev Bras Clin Med.*, São Paulo, 2012, v. 10, n. 4, p. 278-84.
18. SANTANA, S.F; ALMEIDA, K.S; SAVOLDI, N.A.M. Indicativos de aplicabilidade das orientações de enfermagem no cotidiano de cuidadores de portadores de Alzheimer. *Rev Esc Enferm USP*, 2009, v.43, n.2, p.459-64.
19. SILVEIRA, T.M. O sistema familiar e os cuidados com pacientes idosos portadores de distúrbios cognitivos. *Textos Envelhecimento*, 2000, v.3, n.4, p.23-31.
20. SANTANA, S.F; ALMEIDA, K.S, SAVOLDI, N.A.M. Indicativos de aplicabilidade das orientações de enfermagem no cotidiano de cuidadores de portadores de Alzheimer. *Rev Esc Enferm USP*. 2009, v. 43, n. 2, p.459-64.
21. SONG, L.; SINGER, M. Life stress, social support, coping and depressive symptoms: a comparison between the general population and family caregivers. *Int J Soc Welf* [internet] 2006 [cited 2007 Jan 06]; 5: [about 8 p.]. Available from: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1468-2397.2006.00386.x>.
22. GRUNFELD, E.; COYLE, D, WHELAN, T. *et al.* Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *CMAJ*, 2004; v.170, n.12, p. 1795-801.
23. ZARIT, S.H; ZARIT, J.M. The memory and behavior problems checklist – 1987R and the burden interview (Technical report). Pennsylvania: Pennsylvania State University; 1987.
24. PAIVA, L.F. O papel da Estratégia de Saúde da Família frente às ações de saúde para o idoso e cuidador. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Campos Gerais, 2011. 24f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).
25. ALVARENGA, M.R.M; AMENDOLA, F; OLIVEIRA, M.A.C. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa saúde da família. *Revista texto e contexto*. Florianópolis, 2008, v. 17, n. 2, p. 266-72.