

## TRABALHO COM FAMÍLIA EM UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

*Working with family on a multiprofessional team in primary health care*

Aline Soares Figueiredo Santos<sup>1</sup>

Alessandra Vieira Rocha<sup>2</sup>

Cleide Rocha Veloso<sup>3</sup>

Vanessa Tavares de Souza<sup>4</sup>

**Resumo:** a atenção integral à família tem sido possibilitada e melhorada a partir da abordagem dos indivíduos pela Equipe de Saúde da Família, junto ao ambiente em que vivem, o que possibilita o entendimento de suas relações sociais, permitindo uma interação e compreensão da dinâmica familiar e do contexto no qual estão inseridos. Este trabalho tem como objetivo descrever a experiência de uma abordagem familiar feita pelos profissionais da Equipe de Saúde da Família Vila Greyce, localizada no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, a partir de uma paciente índice, já acompanhada pela equipe. Foram utilizadas as ferramentas de abordagem familiar: Genograma, Ecomapa, Ciclo de Vida Familiar, FIRO, P.R.A.C.T.I.C.E e a Conferência Familiar. Através dessas ferramentas, foi possível a compreensão pela equipe da Estratégia Saúde da Família sobre o processo de saúde-doença-cuidado da família e suas relações com a comunidade, visando à promoção de saúde e planejamento das ações da equipe, de acordo com as necessidades da família.

**Palavras-chave:** Atenção à Saúde; Saúde da Família; Relações Familiares; Estudo de caso; Prática de Família.

1. Cirurgiã-dentista. Mestre em Ciências da Saúde. Professora do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES.
2. Cirurgiã-dentista. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Hospital Universitário Clemente de Faria (HUCF) da Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES.
3. Médica Residente do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade do Hospital Universitário Clemente de Faria (HUCF) da Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES.
4. Enfermeira Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Hospital Universitário Clemente de Faria (HUCF) da Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES.

**Abstract:** full attention to the family has been made possible and improved from the individual approach, with the environment in which they live and their social relations, allowing for interaction and understanding of family dynamics and the context in which they are inserted by the Health Team Family. This paper aims to describe the experience of a family approach made by the professionals of the Family Health Team Vila Greyce, located in the city of Montes Claros, Minas Gerais, Brazil, from a patient index already accompanied by the team. the familiar approach of tools were used: Genogram, Ecomap, Family Life Cycle, FIRO, P.R.A.C.T.I.C.E and family conference. Through them, the understanding of the staff of the Family Health Strategy on the process of family health-illness care and their relationship with the community was possible, aimed at health promotion and planning of team actions, according to family needs.

**Keywords:** Health Care; Health; Family Relationships; Case Study; Family Practice.

## INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada para reorganizar a atenção primária à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e nela cada equipe é levada a conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável<sup>1</sup>.

Abordar a questão família como centro da atenção primária à saúde é uma situação prioritária, uma vez que permite um manejo mais eficiente da situação de saúde de uma população. É necessário, também, conhecer as configurações das famílias, seus arranjos, seus contextos, seu processo social de trabalho e vivência, bem como sua cultura e características bem peculiares<sup>2</sup>.

As etapas para se trabalhar com família iniciam-se com a associação, que é o momento em que um paciente traz ao profissional uma situação em que a família interfere direta ou indiretamente no processo, podendo haver necessidade de reajustes na estrutura familiar por alterações determinadas por intercorrências clínicas ou sociais<sup>3</sup>.

Deve-se ter em mente algumas situações em que se torna necessária uma avaliação mais detalhada da família: sintomas inespecíficos (cefaleias, lombalgias, dores abdominais, dentre outros) em pessoas com grande frequência de consultas sem doença orgânica diagnosticada; utilização excessiva dos serviços de saúde ou consultas frequentes de diferentes membros da família; dificuldade no controle de doenças crônicas quando requerem dietas ou intervenção/ajuda dos outros membros da família; problemas graves emocionais ou de comportamento; efeito mimético; problemas conjugais (dependência excessivas) e sexuais (impotência e infertilidade); triangulação, sobretudo com a criança; doenças relacionadas ao estilo de vida e ao ambien-

te (doença hepática e alcoolismo, doença pulmonar e tabagismo, úlcera péptica e stress); doenças nas fases de transição do ciclo de vida (espera do primeiro filho, filhos na adolescência, ninho vazio, etc.); morte na família; acidente grave; divórcio, entre outras<sup>3</sup>.

Para tal abordagem têm sido utilizadas algumas ferramentas de acesso à família. Dentre elas, estão: o genograma, instrumento gráfico que permite rapidamente visualizar padrões de repetição de patologias e comportamentos; o ciclo de vida familiar, que identifica situações em que o surgimento de disfunções é mais frequente, pois, nas fases de transições, a família é forçada a renegociar os papéis e é quando as doenças se instalam mais facilmente. Utiliza-se, ainda, o FIRO (*Fundamental Interpersonal Relations Orientations*) para analisar as relações entre os membros da família, seus papéis na harmonia do grupo e como um problema pode interferir na sua dinâmica, através das dimensões Inclusão, Controle e Intimidade. Já o P.R.A.C.T.I.C.E., segue um roteiro para abordagem familiar: problema apresentado, papéis, afeto, comunicação, tempo no ciclo de vida, doença na família (passado e presente), enfrentando o estresse e ecologia (suporte e contatos externos)<sup>3</sup>.

Diante da aplicabilidade dessas ferramentas na avaliação da dinâmica familiar, o estudo desenvolvido faz-se necessário devido à importância do conhecimento da família pelos profissionais que a assistem e de se ter a família como foco do processo de trabalho na ESF. Isso facilita a tomada de decisões na promoção de ações destinadas a uma melhor qualidade de vida dos indivíduos, considerando os seus contextos.

Esse trabalho tem como objetivo realizar uma avaliação da família por meio da aplicação de ferramentas de abordagem familiar para se ter

conhecimento da dinâmica da família, ofertar um suporte necessário e apropriado, promovendo a melhoria do cuidado e a resolução do problema enfrentado.

## RELATO DE CASO

Observaram-se as questões éticas e por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, cumpriram-se os requisitos exigidos pela Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto que originou esse estudo teve a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIMONTES, com parecer nº 572.244. Os envolvidos no estudo foram informados quanto à participação voluntária na pesquisa, sendo-lhes assegurado o sigilo das informações por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, previamente assinado. Foram utilizados nomes fictícios no relato do caso para resguardar os sujeitos envolvidos. Para realização do referido trabalho, optou-se pela abordagem qualitativa por meio de estudo de caso.

A paciente-índice Maria, acompanhada pela médica da ESF para controle de Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), não conseguia controlar essas doenças. Ao identificar dificuldade no controle glicêmico da paciente, a médica realizou visita domiciliar para tentar identificar possíveis causas. Identificou-se que a paciente não estava tomando medicação de forma correta e encontrava-se em situações precárias de higiene.

A partir da discussão do caso, observou-se entre a equipe multiprofissional (médica, dentista e enfermeira) a necessidade de uma abordagem familiar, com intenção de melhorar os cuidados prestados à paciente-índice pelos seus familiares.

A família foi selecionada a partir dos problemas supracitados relacionados à paciente

índice, de sexo feminino, 82 anos, requerendo ajuda dos familiares devido à dependência para atividades de vida diária (AVD's), visão limitada e mobilidade prejudicada.

Foram realizadas seis visitas domiciliares compartilhadas pela enfermeira, dentista e médica à família e à paciente índice, cadastradas na equipe da ESF, Vila Greyce, em Montes Claros, no Norte de Minas Gerais, Brasil.

Durante o período compreendido entre fevereiro a abril de 2016, foram realizadas e aplicadas as ferramentas de estudo de família: Ciclo de Vida, Genograma, F.I.R.O, PRACTICE e Conferência Familiar.

Participaram dos encontros todos os filhos da paciente índice: Jair, 60 anos; Leyde, 59 anos (cuidadora); Dilma, 53 anos e seu marido José, 50 anos. Na primeira visita, foi solicitada autorização dos envolvidos para realização do estudo da família, orientando-os sobre a sua finalidade.

Foram observados quais os ciclos de vida que a família estava vivenciando, entendendo possíveis situações estressoras que a afetava.

Em uma segunda visita, os instrumentos utilizados foram o Genograma e o Ecomapa. Durante a construção do Genograma, a família foi envolvida ativamente, relatando a história de sua origem, as particularidades e relações dos seus membros, os acontecimentos significativos de suas histórias e as condições de saúde da família. Devido ao fato de a paciente índice ser uma senhora de 82 anos e ter sido criada por sua irmã mais velha, não se conseguiram muitos dados de suas gerações passadas.

Na terceira e quarta visitas, foram utilizados os instrumentos FIRO e P.R.A.C.T.I.C.E que ajudaram a entender a relação entre os integrantes da família e como eles se posicionavam diante de problemas.

Por fim, nos dois últimos encontros, optou-

se pela realização da Conferência Familiar, em que os membros da família puderam expressar e compartilhar seus sentimentos. Foram estabelecidas algumas tarefas e redefinidos papéis entre os familiares.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A equipe multiprofissional de saúde é levada a conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio do cadastramento e da identificação de suas características, tornando-se mais sensível às suas necessidades. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos, o que facilita a identificação e o atendimento dos problemas de saúde da comunidade<sup>4</sup>.

Nesse caso, a paciente índice, ou relatada, mora com dois filhos, que estão na fase inicial do envelhecimento. Ao se compreender a fase da vida dessa família, observou-se a necessidade de serem trabalhadas as questões do envelhecimento fisiológico e o enfrentamento dos familiares em relação a essa situação<sup>5</sup>.

Com o avanço do envelhecimento, torna-se maior a dependência, diminuindo a autonomia e aumentando a susceptibilidade para a doença. Além disso, percebe-se uma diminuição da atividade física e mental, tendo como consequências, maiores dificuldades de adaptação a novos ambientes.

É preocupante o fato de os filhos estarem no início do envelhecimento e não terem constituído uma nova família composta por filhos e cônjuges. Isso leva a prever as dificuldades possíveis que estes dois filhos terão com a diminuição progressiva da autonomia, gerada pelo envelhecimento. A falta de recursos financeiros poderá ser outro agravante, devido ao fato de os dois nunca terem trabalhado

formalmente.

A paciente índice Maria, por estar já em uma fase avançada do envelhecimento, demandará, cada vez mais, cuidados e atenção integral, que talvez não será suprida, devido ao fato de os cuidadores também estarem em condições que demandem cuidado.

A equipe de saúde construiu um conhecimento mais abrangente acerca da família em questão, a partir da utilização das ferramentas de abordagem familiar, pois possibilitou uma interação maior com a mesma no sentido de melhorar a relação de ajuda estabelecida entre profissionais e membros do conjunto familiar<sup>6</sup>. Nesse sentido, foi construído o genograma e ecomapa familiar, instrumentos que, frequentemente, estão associados. Esses dois instrumentos mostram o desenvolvimento e formato da estrutura familiar e fornecem informações sobre o contexto de vida da família. A paciente índice Maria é aposentada e viúva de João, falecido em 2013, aos 84 anos, por câncer em garganta. Teve três filhos desta união: Jair, 60 anos, solteiro, sem filhos, não trabalha, residente na mesma casa da paciente índice; Leyde, 59 anos, solteira, sem filhos, não trabalha e é a cuidadora de sua mãe, além de Dilma, que tem 53 anos, não trabalha, é casada com José, de 50 anos, aposentado por acidente de trabalho. Dilma tem um filho de 20 anos de um relacionamento antes do casamento, o Edyr. Este é considerado por Maria como filho. Posteriormente, Dilma se casou com José e tiveram três filhos: Jorge, 15 anos; Luíza, 14 anos e Jane, 09 anos; todos são estudantes.

Jair e Leyde moram na mesma casa e vivem da aposentadoria de Maria. A filha Dilma, marido e filhos moram na casa do fundo, no mesmo terreno e vivem da aposentadoria de José e do salário de Edyr. A paciente Maria é filha de Ana e Francisco,

já falecidos. Maria foi criada pela irmã Luíza, pois sua mãe morreu quando ainda era criança. Todos os seus seis irmãos também já faleceram e a paciente Maria é a única que ainda vive.

Maria possui uma sobrinha, que mora em outro bairro e é quem fica responsável por pegar a aposentadoria desta no banco e fazer todas as compras da casa, uma vez por mês. Segundo os filhos de Maria, a sobrinha se ofereceu para prestar esse favor, em virtude de os filhos não terem habilidade em resolver questões bancárias.

Através dos discursos dos familiares e da paciente índice durante as visitas, foi observada uma ligação próxima da paciente índice com seu Neto Edyr, filho de Leyde, que é sua cuidadora, e de seu Genro José. Existe uma relação de conflito entre as irmãs Leyde e Dilma, observada em momentos de diálogo individual com os profissionais envolvidos.

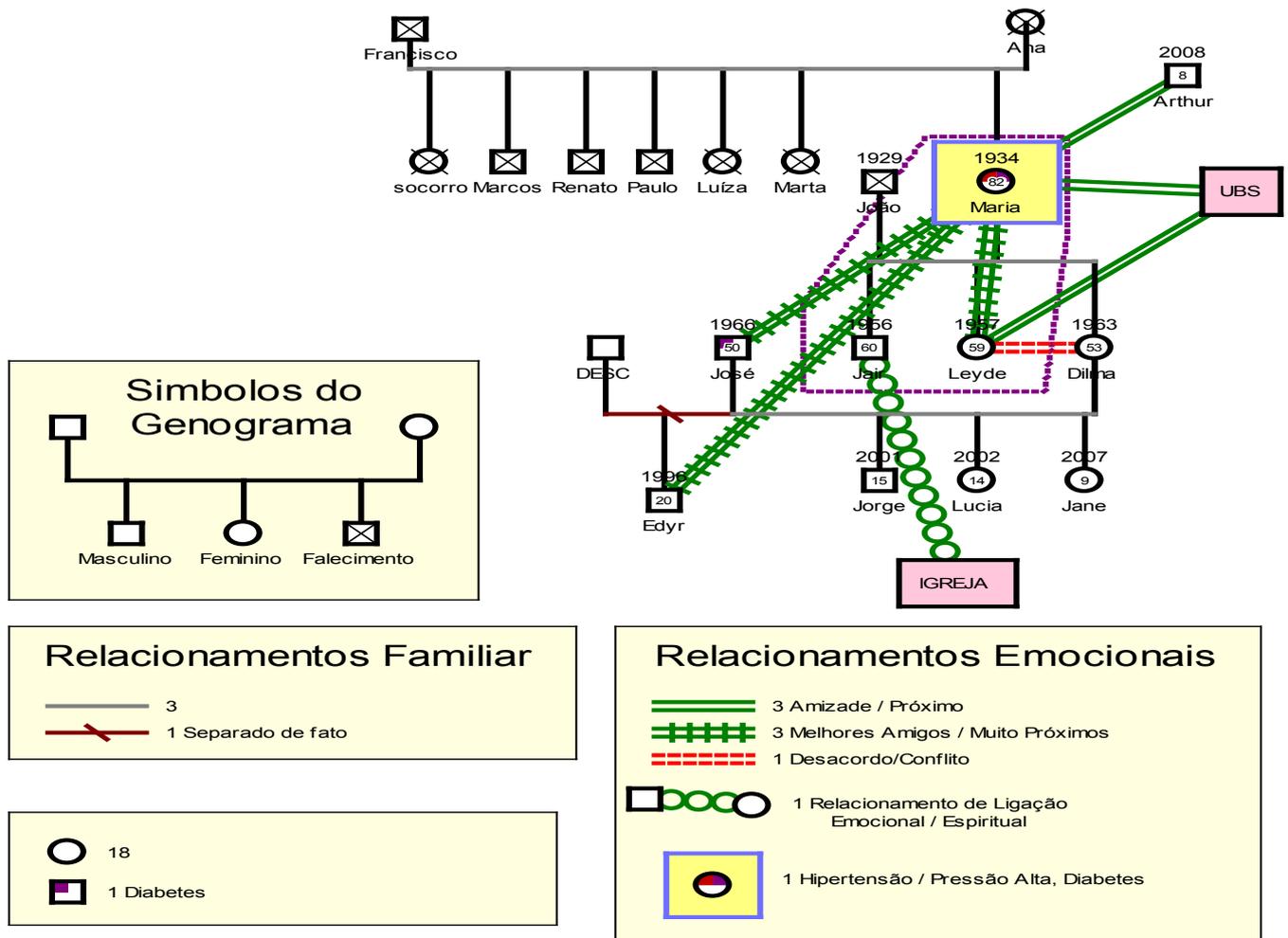
Na casa do paciente índice, moram também

os filhos Jair e Leyde. A paciente índice não sai de casa devido à mobilidade prejudicada. Ela tem uma relação de proximidade com seu vizinho de 8 anos, Arthur, que frequenta sua casa diariamente, e com os profissionais de saúde da ESF.

Observa-se que esta família possui poucos recursos sociais, o que nos faz compreender a necessidade de uma atenção especial pelos profissionais de saúde, principalmente, pelo fato da paciente índice e a cuidadora apresentarem um bom relacionamento com a equipe de saúde.

Uma família que tem poucas conexões com a comunidade e também entre seus membros necessita de maior investimento dos profissionais de saúde para melhorar seu bem-estar<sup>7</sup>. O Ecomapa fornece uma visão ampliada da família, desenhando a estrutura de sustentação e retratando a ligação entre a família e o mundo<sup>8</sup>. FIGURA 1.

Figura 1 - Genograma e Ecomapa da família estudada.



O FIRO foi abordado levando-se em consideração inclusão (estrutura, conectividade e modo de compartilhar), controle (dominante, colaborativo e reativo) e intimidade (Brasil 2010). O modelo FIRO é baseado em orientações fundamentais nas relações interpessoais. Especificamente com relação à família, destina-se a compreender melhor o seu funcionamento. As relações de família podem ser categorizadas nas dimensões: inclusão, que diz respeito à interação dentro da família para sua vinculação e organização; controle, que se refere às interações do exercício de poder dentro da família; e intimidade, que se trata de interações familiares relacionadas às trocas interpessoais. As três dimensões constituem uma sequência lógica de prioridades para o tratamento e desenvolvimento de mudanças na família<sup>9</sup>.

Em relação à inclusão, observou-se nesta família que a filha e cuidadora de Maria sente-se responsável pelo cuidado da sua mãe. É ela quem administra a medicação, procura a unidade de saúde quando a paciente ou qualquer outro membro da família precisa de assistência em saúde, cuida da higiene da paciente, lava as suas roupas e também as de seu irmão Jair, arruma a casa e prepara as refeições. O filho Jair não participa do cuidado e não se sente responsável por isso. Ele não sabe o que se passa em relação à paciente e realiza, às vezes, a limpeza do quintal.

A filha Dilma se sente responsável apenas pelo cuidado da sua casa e de seus filhos e marido, não participa dos cuidados de sua mãe. Existe uma relação conflituosa entre Dilma e Leyde, devido esta se sentir sobrecarregada com o cuidado de sua mãe.

O genro José e o neto Edyr demonstram muita afetividade com a paciente Maria e estão

sempre preocupados em estarem próximos dela. Os outros netos são afetuosos com a paciente, mas não estão presentes diariamente com ela.

Os membros da família não têm o hábito de discutir a resolução de problemas relacionados à família. Sendo assim, muitas vezes, eles não são informados do problema existente e não participam da resolução deste.

Em relação ao controle, Leyde é quem detém o poder de decisão em relação ao funcionamento da casa e ao cuidado de sua mãe. Os outros membros, não opinam em sua decisão, nem se mostram contrários a ela. Maria, José e Edyr são os provedores de renda da família, sendo que Maria e José são aposentados.

Percebe-se a existência de uma barreira para otimização dos cuidados da paciente índice, que está relacionado à única fonte de renda de dentro de sua casa ser administrada por sua sobrinha, que não mora com eles e desconhece a real necessidade da família. Essa sobrinha é quem faz as compras da casa, apenas uma vez por mês, com o dinheiro que recebe da aposentadoria da paciente.

Quando analisada a intimidade dessa família, observa-se um vínculo forte entre a paciente Maria com Leyde, Jair, Edyr e José. Dilma tem vínculo forte com seus filhos e com o marido José.

Quanto à ferramenta P.R.A.C.T.I.C.E., sabe-se que o esquema representa o acróstico das seguintes palavras originalmente em inglês: *problem, roles, affect, communication, time in life, illness, coping with stress, environment/ecology*. Em relação aos resultados obtidos como o P.R.A.C.T.I.C.E., que é um instrumento que facilita o desenvolvimento da avaliação familiar, fornecendo as informações sobre que intervenções podem ser utilizadas para manejar casos específicos<sup>9</sup>, obtiveram-se os

seguintes resultados:

P (Problema): cuidado precário prestado à paciente Maria pelos seus familiares;

R (Papéis): a renda da casa da paciente Maria provém de sua aposentadoria, mas quem tem o poder de decisão é sua filha Leyde, que também é sua cuidadora;

A (Afeto): foi perceptível que o vínculo e o afeto entre as irmãs Leyde e Dilma ficou prejudicado devido à sobrecarga da irmã cuidadora em relação ao cuidado da mãe;

C (Comunicação): a comunicação entre a família é precária, não se reúnem para resolução de problemas;

T (Tempo no ciclo de vida): a família se encontra no estágio de envelhecimento, em que a paciente índice é provedora de renda da casa e está totalmente dependente de cuidados, sendo que os dois filhos que moram com ela são idosos;

I (Doença no passado e no presente): a família tem facilidade em compreender e aceitar o processo de saúde e doença. Adaptam-se bem às situações que são geradas a partir do processo de adoecer;

C (Lidando com o estresse): nessa família as pessoas lidam com o estresse da mesma forma, cada um resolve seus problemas sem partilhar a situação com os outros membros da família;

E (Ecologia ou meio ambiente): a paciente e a família tem poucos recursos sociais, sendo eles a ESF, a igreja e o vizinho Arthur, de 8 anos de idade.

O último instrumento utilizado foi a Conferência Familiar, que é eficaz para ajudar a família na resolução do conflito, favorecendo a autonomia, melhora da comunicação e convivência entre os membros<sup>10</sup>. A Conferência Familiar corresponde a uma forma estruturada de intervenção na família, que deve sempre respeitar os objetivos, já anteriormente apresentados. É uma reunião com plano previamente acordado entre os profissionais

presentes em que, para além da partilha da informação e de sentimentos, se pretende ajudar a mudar alguns padrões de interação na família<sup>11</sup>.

Estavam presentes, na conferência familiar, os membros da família (Maria, Leyde, Jair, Dilma, José e Edyr). A conferência foi realizada pela equipe multiprofissional (cirurgiã-dentista, enfermeira e médica). Iniciou-se com a apresentação do desenho do Genograma, propiciando discussões sobre as questões de saúde da família e a hereditariedade de algumas patologias, como Câncer, Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), o que possibilitou a orientação em relação às mudanças comportamentais para evitar o surgimento dessas doenças nos membros da família que não as apresentam e à prevenção de complicações dos que já tem alguma dessas doenças diagnosticadas.

Dentre as diversas vantagens da utilização do Genograma, destacam-se a possibilidade de observar e analisar barreiras e padrões de comunicação entre as pessoas. Ele pode ser considerado mais do que um instrumento para coleta de dados, sendo parte do processo terapêutico<sup>12</sup>.

Foi apresentado, para os familiares, o estado de saúde da paciente índice, esclarecida a necessidade de se fazer o uso das medicações em horários estabelecidos, a forma correta de armazenamento da insulina, e os cuidados que se devem ter no momento de aplicação do medicamento na paciente. Também, foi informado sobre a alimentação correta, intervalos entre as refeições e a necessidade de manter higienização adequada da paciente.

Outro ponto apresentado pelos profissionais foi em relação à supervisão das atividades de vida diárias (AVD's) da paciente índice, como: ir ao banheiro, trocar de roupa, tomar banho e movimentar-se pela casa, devido a paciente ter dificuldade em deambular, utilizando como apoio um andador. Foram listadas as complicações geradas a partir de uma queda do idoso e quais os mecanismos utiliza-

dos para evitar acidentes em casa.

Os filhos interagiram reconhecendo no discurso dos profissionais de saúde, situações vivenciadas pela paciente índice, que representam risco para saúde e integridade física dela.

Foi então discutida a divisão de tarefas e funções para manutenção da integralidade da saúde da paciente índice. Inicialmente, a filha Dilma demonstrou dificuldade em ajudar nas tarefas, com justificativa de sobrecarga. José e Jair não emitiram opinião sobre o assunto. O neto Edyr relatou que tinha dificuldade em ajudar devido ao fato de trabalhar fora, mas que estava disponível a ajudar quando estivesse em casa.

Após os discursos, Leyde relatou ter dificuldade de realizar todas as tarefas sozinha e que precisava da colaboração de todos, o que levou Dilma a se comprometer a ajudar no cuidado com a casa, lavagem das roupas da paciente índice e ajudar quando estiver presente na casa da mãe, com higienização e alimentação desta.

Segundo estudos, as ferramentas de abordagem familiar provocam a melhoria da qualidade de vida e saúde da família, fortalecimento dos vínculos entre seus membros e a definição de papéis para melhor funcionamento da dinâmica familiar<sup>4, 13</sup>. Nobre (2014)<sup>6</sup> realizou estudo semelhante e considerou que a utilização de ferramentas de abordagem familiar configura-se como uma estratégia adequada para condução destes casos pela complexidade da situação-problema, já que o modelo biomédico, mostrou-se insuficiente. Tal experiência permite, ainda, aos profissionais contribuírem para a reorganização dos papéis familiares<sup>6</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os instrumentos de abordagem familiar,

nesse estudo de família, foram imprescindíveis para nortear os profissionais de saúde em relação aos pontos necessários a serem conhecidos para se trabalhar com a família. Tornou-se claro para os profissionais de saúde a dinâmica familiar e quais os recursos disponíveis no auxílio da resolução do problema levantado.

Foi identificada a necessidade do acompanhamento contínuo desta família pelos profissionais da ESF, devido ser uma família com poucos recursos sociais, baixo conhecimento em relação aos cuidados necessários com a paciente índice e dificuldade em se organizarem para realizarem as tarefas, sem sobrecarregar apenas um membro da família.

Será necessário, ainda, manter o acompanhamento dessa família, devido à indiferença de alguns membros em colaborar com o cuidado da paciente índice. Fica perceptível que o trabalho com a família, muitas vezes, demanda tempo e cuidado contínuo, para conseguir obter uma melhor organização da dinâmica familiar.

## REFERÊNCIAS

1. SILVIA, M. C. L. S. R. *et al.* A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. Rev Esc Enferm USP 2011; 45(5):1250-5, 2011. [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a31.pdf> > Acesso em: 12 Apr. 2016
2. CHAPADEIRO, C.A. *et al.* A família como foco da Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2012.
3. BRASIL, C.H.G. Ferramentas de Acesso à Família. Montes Claros: 2010.

4. SANTOS, K. K. F. et al. Ferramentas de abordagem familiar: uma experiência do cuidado multiprofissional no âmbito da estratégia saúde da família. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três corações*, v. 13, n. 2, p. 377-387, 2015.
5. GRATÃO, A.C. M. et al. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 47(1):137-44. 2013. Disponível em: < [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/en\\_a17v47n1.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/en_a17v47n1.pdf)>. Acesso em: 08 Jan.2016.
6. NOBRE. L. L. R. et al. Abordagem familiar no âmbito da estratégia saúde da família: Uma experiência de cuidado interdisciplinar. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três corações*, v.12, n. 2, p. 444-457, ago./dez. 2014.
07. NASCIMENTO L. C. et al. Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica. *Texto Contexto Enferm [serial on the Internet]*. 14(2): 280-6. 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a17v14n2>>. Acesso em: Mai. 2016
8. MELLO D. F. et al. Genograma e ecomapa: possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família. *Rev Bras Cresc Desenv Hum [serial on the Internet]*. 15(1): 78-89. 2005. Disponível em: <<http://dms.ufpel.edu.br/ares/bitstream/handle/123456789/134/09.pdf>>. Acesso em: Apr.2016
9. MOYSÉS S. J; SILVEIRA FILHO A.D. Os dizeres da boca em Curitiba: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis. Rio de Janeiro: CEBES; 2002.
10. LIMA J. C. M, et al. O uso da conferência familiar na resolução de conflitos de uma família com idosa dependente. *Rev Bras Med Fam e Com.* 2008; 4(14):129-134.
11. GALRIÇA NETO, I. A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. *Revista Portuguesa de clínica geral*, 2003, 19:58-74.
12. SILVA, J. V. et al. Trabalhando Com Famílias: Utilizando Ferramentas. *Rev APS [serial on the Internet]*. 6(2): 77-86. 2003. Disponível em: < <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Pesquisa3.pdf>>. Acesso em: Apr.2016
13. OLIVEIRA P.S. et al. Care of a fragile elderly by the family cuidado de um mayor frágil por la familia. *Rev enferm UFPE on line/ Reuol, Recife*, 10 (Supl. 1):273-83, jan., 2016.