

Samuel Trezena^{1,3}
Ana Catarina Marcena Santos^{1,3}
Irenice Juliana Gonçalves Santos^{1,3}
Keyla Marinho de Paiva²
Luis Binício dos Reis²
Patrícia Helena Costa Mendes³

The applicability of family approach tools: self-care promotion, social reintegration and grief experience by an elderly patient

| Aplicabilidade de ferramentas de abordagem familiar: promoção do autocuidado, reinserção social e vivência de luto por paciente idoso

ABSTRACT | Introduction:

*Approaching individuals in their family context is one of the Primary Health Care principles. The Family Health Strategy uses tools deriving from fields such as Sociology and Psychology; among them, one finds genogram, ecomap, life cycles, F.I.R.O, P.R.A.C.T.I.C.E and family conference. These tools are used to intervene in family demands for health services. **Objective:** Reporting the experience of a primary care team in the application of family approach tools in healthcare provided to an elderly individual. **Methods:** Qualitative descriptive study of the experience report type. Family approach tools were used as diagnosis and intervention method to assess patient's family dynamics. **Experience Report:** A.B., an 81-year-old individual making use of multiple drugs, has sought the Basic Health Unit complaining about pressure in his head. After listening to the patient, health professionals noticed that his symptoms had started after the death of his partner, six years before. It was decided that family approach tools should be used to intervene in the identified issues. Right after analyzing the tools and based on the present case, the following intervention actions were selected: providing instructions about self-care and, mainly, reinforcing the importance of having a social life and of dealing with issues such as grief and family relationship with his children. **Conclusion:** Family approach tools enabled performing effective interventions focused on improving patient's condition by not only providing clinical medical care, but also by including the patient in spaces and activities capable of improving his quality of life.*

Keywords | Family Health; Family Relationships; Primary Health Care; Interdisciplinary Health Team.

RESUMO | Introdução: Um dos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) é a abordagem do indivíduo dentro do seu contexto familiar. Com isso, a ESF lança mão de ferramentas provenientes de áreas como a sociologia e a psicologia, tais como o genograma, ecomapa, ciclos de vida, F.I.R.O, P.R.A.C.T.I.C.E e a conferência familiar, para intervir em demandas familiares que são direcionadas ao serviço de saúde. **Objetivo:** Relatar a experiência de uma equipe saúde da família (eSF) com a aplicação de ferramentas de abordagem familiar no cuidado de um indivíduo idoso. **Métodos:** Trata-se de um trabalho de abordagem descritiva e qualitativa, do tipo relato de experiência, em que as ferramentas de abordagem familiar foram utilizadas como método de diagnóstico e intervenção para avaliação da dinâmica familiar do paciente. **Relato de experiência:** A.B., 81 anos, polifarmacêutico, procurou a Unidade Básica de Saúde (UBS) com queixa de pressão na cabeça. Depois de escuta por parte dos profissionais, foi percebido que os sintomas se iniciaram após a morte da companheira, há seis anos. Foi decidido utilizar as ferramentas de abordagem familiar para intervenção nos problemas identificados. Logo após análise das ferramentas, foi percebido como ações de intervenção realizar orientações quanto ao autocuidado e principalmente reiterar o sujeito quanto ao convívio social, lidando com as questões do luto e relacionamento familiar com seus filhos. **Conclusão:** Por meio das ferramentas de abordagem familiar, foram propostas intervenções eficazes para melhora do paciente com a utilização de recursos que incluíam não somente o cuidado clínico- médico, mas também o envolver em espaços e atividades que favoreçam a qualidade de vida.

Palavras-chave | Saúde da Família; Relações Familiares; Atenção Primária à Saúde; Equipe Interdisciplinar de Saúde.

¹Hospital Universitário Clemente de Faria. Montes Claros/MG, Brasil.

²Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros. Montes Claros/MG, Brasil.

³Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros/MG, Brasil.

INTRODUÇÃO |

O modelo assistencial em saúde é pautado no sistema de redes, e o centro coordenador do usuário existe por meio da atenção primária à saúde (APS). A APS no Brasil foi consolidada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), que através de uma equipe multiprofissional presta serviço à comunidade com ênfase na promoção de saúde e prevenção a agravos, quebrando com paradigmas do modelo curativista^{1,2}.

Conforme a nova Portaria Nacional de Atenção Básica (PNAB), a APS tem como uma das diretrizes o cuidado centrado do indivíduo, analisando-o em sua totalidade, sendo ela seu ambiente familiar, a comunidade na qual ele é inserido além de outras formas de coletividade, que são essenciais na vida dos sujeitos e no processo de saúde³. De acordo com Starfield⁴, o princípio da abordagem familiar é entender que os problemas de saúde de um indivíduo podem e são compreendidos conforme o contexto e o seu meio de convívio. Entende-se como família o sistema interpessoal de indivíduos, que possam ou não habitar a mesma residência e que mantêm entre si relações embora as compreensões e formas como hoje visualizamos as famílias sejam diversas^{5,6}.

Com a melhoria da qualidade e aumento da expectativa de vida, ocorreu o fenômeno do envelhecimento populacional, percebido pelo aumento de indivíduos com mais de 60 anos. Assim, visualizam-se, cada vez mais, pessoas na terceira idade presentes em famílias ampliadas (três ou mais gerações no mesmo domicílio), residindo com o parceiro, ou até mesmo morando sozinhas; mudando o padrão do perfil familiar. Assim sendo, cabe às eSF (equipes de Saúde da Família) incluírem o cuidado centrado na pessoa idosa, que demandam da necessidade de acompanhamento por parte da ESF, pois com a mudança demográfica também se modificou o perfil de saúde, percebido por meio do aumento da prevalência das condições crônicas e hospitalizações decorrentes delas⁷⁻⁹.

Seguindo o princípio da abordagem familiar⁴, um dos métodos de intervenção dos profissionais é o uso de algumas ferramentas, tais como o genograma (ou heredograma familiar), o ecomapa, ciclo de vida familiar e os modelos F.I.R.O e P.R.A.C.T.I.C.E de avaliação da família¹, ferramentas essas preconizadas pelo Ministério da Saúde¹⁰. As ferramentas de abordagem na saúde da família são tecnologias provenientes de áreas como a sociologia e a psicologia e, para a sua funcionalidade, necessitam da criação de vínculo do ciclo familiar em questão com os

profissionais da ESF para que muitas vezes a intervenção seja efetiva e assim gerar mudança não apenas em um, mas em todo o ciclo de convívio familiar^{5,11,12}. Com o uso e discussão desses instrumentos, a eSF pode elaborar a chamada Conferência Familiar, que objetiva convocar todos os membros familiares numa reunião, expondo os problemas identificados, e assim intervir condizentemente com a realidade observada^{2,12}.

Desse modo, o presente trabalho objetiva descrever a experiência por parte de uma eSF com a utilização das ferramentas de abordagem familiar no cuidado de um indivíduo idoso.

RELATO DE EXPERIÊNCIA |

O presente trabalho é o relato de experiência da eSF Santa Lúcia I composta por profissionais de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, presente no município de Montes Claros (MG). Trata-se de um trabalho de abordagem descritiva qualitativa, em que as ferramentas de abordagem familiar, anteriormente citadas, foram utilizadas como método de diagnóstico e intervenção para avaliação da dinâmica familiar do paciente. O estudo foi realizado no período compreendido entre maio de 2019 até março de 2020. A família em questão foi esclarecida quanto ao objetivo do trabalho, sendo os nomes dos participantes do relato alterados por siglas de letras aleatórias, com intuito de manter o anonimato.

O vigente artigo faz parte do Projeto de Pesquisa “Abordagem familiar em equipes-polo da residência multiprofissional em saúde da família” e foi desenvolvida conforme os preceitos éticos da Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Unimontes sob o parecer substanciado N° 572.244.

Paciente A.B., leucoderma, 81 anos, do sexo masculino, procurou a Unidade Básica de Saúde (UBS) com a seguinte queixa: “estou com um peso na cabeça, como se fosse uma pressão”. Durante escuta de saúde mental, paciente relatou que sente espécie de desconforto na cabeça, e que episódios dessa natureza começaram após a morte da sua esposa, M.L.B., que faleceu há quase seis anos após complicações cardíacas da Doença de Chagas. A.B é hipertenso, cardiopata, apresenta hiperplasia prostática

benigna, é ex-tabagista e com história pregressa de cirurgia de ponto de safena, hanseníase e psoríase. Ele faz uso de hidroclorotiazida, losartana, somalgin cardio, pantoprazol, doxazosina, atorvastatina e escitalopram. Durante atendimento, A.B. citou “quando minha esposa era viva não sentia nenhuma dor abaixo da unha”. Após esse momento, foi solicitado momento de escuta com a psicóloga da unidade.

No atendimento com a psicóloga, A.B. foi perguntado sobre as dores de cabeça. Ele se queixa de que não são exatamente dores, mas as define como uma “depressão”, algo difícil de explicar, e a todo o momento da consulta leva a mão sobre a testa, informando que sempre vêm lembranças. Quando questionado de sua família e convívios sociais, A.B. diz morar sozinho, mas que frequentemente seus filhos o vão visitar, e que, aos domingos, costuma frequentar a igreja evangélica. Após avaliação do caso, houve a reunião com a equipe multiprofissional com o intuito de averiguar o que poderia ser realizado para sanar as demandas relatadas pelo paciente. A discussão da equipe direcionou ao objetivo de: reinserir A.B. em espaços onde ele possa interagir com outras pessoas, manter a questão do autocuidado continuado e tentar fazer com que lide com a questão do luto. Assim, foi definido aplicar as ferramentas de abordagem familiar para acompanhamento do caso, contidas no Caderno de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde¹⁰.

A equipe realizou a primeira visita com o intuito de conhecer o histórico familiar de A.B., para então empregar

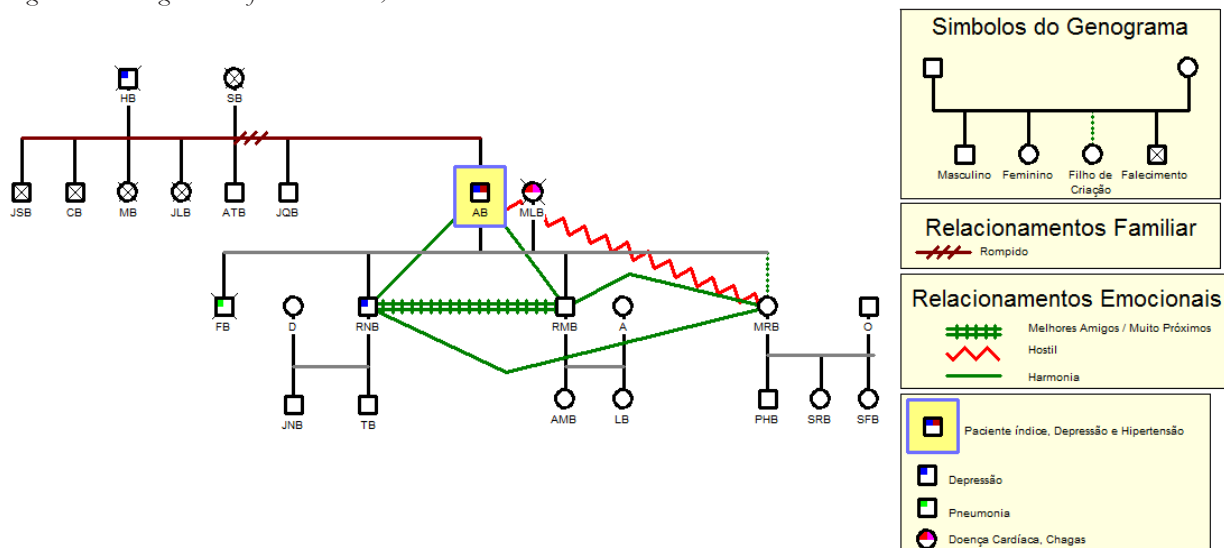
as ferramentas de abordagem. Durante o momento, foi confeccionado o genograma (Figura 1) e o ecomapa (Figura 2). A.B. nasceu no estado de Pernambuco (PE), mas nos anos 60 veio para Minas Gerais (MG) junto com seu irmão C.B., para trabalhar. Relata que sua mãe faleceu quando ele tinha dois anos de idade, por isso ele e seus seis irmãos foram criados pelos avós, pois seu pai não dispunha de condições de criá-los devido a grave quadro depressivo. A.B. se casou com M.L.B., a qual já tinha uma filha, M.R.B., que mesmo não sendo biológica foi registrada por A.B. Do casamento nasceram R.N.B. e R.M.B., e atualmente ambos são casados e não residem com o pai. Em outro momento, R.N.B. resgatou informação de que seus pais tiveram um

Figura 2 – Ecomapa do paciente índice, 2020



Fonte: Arquivo próprio dos autores.

Figura 1 – Genograma da família do caso, 2020



Fonte: Arquivo próprio dos autores.

filho que faleceu antes de completar dois anos, F.B., devido a pneumonia.

Os dois filhos biológicos de A.B. apresentam uma boa relação, considerando-se melhores amigos. Com a irmã mais velha há um vínculo harmonioso com R.N.B e R.M.B. Durante o momento no domicílio, A.B. relata tipo de relacionamento mais hostil com M.R.B., que morava com ele e sua falecida esposa, junto com os netos P.H.B. e S.R.B., mas se mudaram para outra cidade após falecimento de M.L.B. A.B. sempre fala de muitas saudades de sua neta S.R.B.

Quanto aos irmãos de A.B., ele perdeu o contato com a família após mudar de seu estado, relacionando-se poucas vezes com C.B., que residia em outro município, mas que faleceu 90 dias após a morte de M.L.B. A.B. não sabe informar se seus irmãos A.T.B. e J.Q.B. ainda estão vivos.

R.N.B. relatou que ele e seu irmão já tentaram levar A.B. para morar com eles, mas ele é bastante resistente quanto à situação. É percebida uma grande interação do paciente-índice com os vizinhos, que são bastante interessados quanto à situação de saúde de A.B., além de terem um forte vínculo de convívio social. Os vizinhos têm o contato dos filhos de A.B., o qual também é resistente quanto à aquisição de um telefone.

Após o momento, A.B. foi orientado pela equipe nos seguintes pontos: a) convidado a participar do grupo de ginástica de idosos que ocorre duas vezes por semana na UBS; b) tentar participar do grupo operativo de convívio, coordenado pela psicóloga, que acontece semanalmente

na ESF c) frequentar outros espaços, como a igreja; d) manter rotina adequada do uso das medicações; e) tentar ter o contato dos filhos (número de telefone) ou adquirir um aparelho telefone; e f) visitas foram agendadas para observação do desempenho das instruções dadas, além de conversas com os familiares, para orientações quanto às funções para as quais a família é designada para o tratamento em questão.

Sobre as ferramentas de abordagem familiar, A.B. se encontra no estágio VIII do Ciclo de Vida Familiar¹³, “Famílias em envelhecimento”, caracterizado pela perda de sua parceira e também de familiares, além do “ninho vazio”. Já o F.I.R.O – Orientações Fundamentais nas Relações Interpessoais, é classificado em três categorias: Inclusão (subcategorizada em estrutura, conectividade e modo de compartilhar), Controle e Intimidade^{1,6}; e as suas classificações, no caso em questão, estão descritas no Quadro 1.

O P.R.A.C.T.I.C.E avalia o funcionamento das famílias através do foco do problema, e cada inicial da sigla apresenta um significado, que assim como o F.I.R.O representa uma dimensão analisada^{1,12,14}(Quadro 2).

A conferência familiar foi programada para ser realizada com A.B. e seus filhos, no entanto apenas um pôde comparecer devido a compromissos pessoais. A reunião serviu para conversar com o paciente-índice sobre as orientações que lhe foram passadas. Foi observada melhora na expressão de A.B., que muitas vezes comparecia à UBS com fisionomia um pouco mais “entristecida”, relatando se sentir melhor quanto à pressão na cabeça e a “depressão”.

Quadro 1 – Descrição da ferramenta F.I.R.O aplicada no caso, 2020

Dimensão	Descrição da dimensão
Inclusão	<i>Estrutura:</i> As interações familiares são boas, com exceção de A.B. com a enteada. Todos assumem papéis bem definidos, os filhos preocupados com o cuidado com o pai, e o paciente índice é bastante assíduo quanto as questões de saúde. <i>Conectividade:</i> O ciclo familiar de A.B. apresenta uma boa relação, com exceção entre A.B. e M.R.B. <i>Modo de compartilhar:</i> R.N.B. visita o pai numa frequência quase que diária, além das visitas ou eventuais momentos, a família não apresenta outros encontros familiares.
Controle	Percebe-se na família em questão o controle colaborativo, onde há uma divisão de influências dentro do elo familiar. Há divergências em atitudes, pois os filhos não querem que o pai more só. No entanto, percebe-se um respeito mútuo entre as opiniões alheias.
Intimidade	A.B. apresenta relação muito harmônica e afetiva com seus filhos, e respectivamente com suas noras e netos. Relação hostil quanto à enteada (M.R.B.) que foi embora após falecimento da mãe. A.B. sente muita saudade da neta (S.R.B). R.N.B e R.M.B. se consideram melhores amigos.

Fonte: Próprio dos autores.

Quadro 2 – Descrição da aplicação do P.R.A.C.T.I.C.E no caso, 2020

Dimensão	Descrição da dimensão
Problem (Problema apresentado)	Paciente A.B. é viúvo, mora sozinho, cardiopata, com sintomas depressivos, ex-tabagista com história pregressa de cirurgia de ponto de safena, hanseníase e psoríase. Queixa de pressão/desconforto na cabeça após a morte da esposa.
Roles and Structure (Papéis e estrutura)	Paciente índice é aposentado e exerce normalmente suas atividades básicas diárias.
Affect (Afeto)	Os filhos demonstram muita preocupação quanto ao quadro de saúde do pai. A.B recebe visitas dos filhos numa frequência de a cada dois dias, e considera os denomina como “tesouros”.
Communication (Comunicação)	Muito satisfatória entre A.B. e seus filhos, entretanto um pouco comprometida com suas noras, pois ele acha que as incomoda. Ademais, ele não estabelece comunicações com os membros da sua família original de Pernambuco.
Time in Life Cycle (Tempo no ciclo de vida)	Estágio VIII – Famílias em envelhecimento
Illness in family (Doença na família)	Além dos problemas de saúde do paciente índice há outros membros da família (H.B. e R.N.B) com histórico de depressão. M.L.B. faleceu por conta de complicações da Doença de Chagas e doenças cardiovasculares.
Coping with stress (Enfrentando o estresse)	Paciente recorre ao uso de antidepressivo para lidar.
Ecology (Ecologia)	A.B. frequenta a igreja aos finais de semana. Apresenta uma boa rede de apoio com os vizinhos. Forte vínculo com a comunidade.

Fonte: Próprio dos autores.

É notória a adesão de A.B. ao grupo operativo de idosos, e ele procura semanalmente a UBS para participar, além de ir a outros dias para aferir pressão arterial (PA) e ter momentos de escutas com a psicóloga da unidade.

A.B. também está frequentando, aos finais de semana, a igreja, além de se interar mais com os vizinhos. A unidade reconhece a vizinhança como espaço harmônico para o paciente, que conta com uma rede de apoio de indivíduos os quais não são do seu ciclo familiar, mas que apresenta benefícios quanto ao seu estado de saúde mental. R.N.B tenta visitar o pai diariamente, sendo que os intervalos não ultrapassam dois dias; já A.B. agora tem anotado o contato dos filhos, apesar de não ter aceitado a aquisição de um telefone.

Durante a conferência, outro problema foi levantado por R.N.B.: seu pai não costuma visitá-lo, e quando vai, não fica por muito tempo. Como reside próximo à casa de A.B., todos acharam importante a ideia de conciliar visitas do paciente-índice à casa do filho. A pactuação da prática de caminhada (do domicílio de A.B. para o de R.N.B), foi julgada como interessante, pois o paciente irá desempenhar a prática de exercício, necessário para controle da PA.

DISCUSSÃO |

A realização do presente caso fez com que os profissionais da ESF percebessem a necessidade de realizar outros tipos de metodologias para abordar diferentes demandas ao serviço. Vislumbra-se que com a presente publicação, desperte em outras eSF o interesse de realizar trabalhos como este, uma vez que, mediante a intervenção em nível familiar, com o uso dessas ferramentas, problemas podem ser sanados, e assim reduzir a demanda e procura de alguns indivíduos por serviços da ESF que já poderiam ser resolvidos.

De acordo com a recente PNAB³, trabalhos interdisciplinares e em equipe são fundamentais para realizar o cuidado integral da clientela adscrita, podendo ser realizados nos domicílios e demais espaços da comunidade. Assim, a abordagem familiar, integra elemento de gestão do cuidado como também de prática diagnóstica e terapêutica^{3,10}.

Assim como o perfil familiar tem mudado, a família do caso em questão se torna uma realidade cada vez mais comum. Idosos que moram sozinhos têm aumentado a sua prevalência conforme estudos de Camargos *et al*¹⁵. Um dos motivos apresentados por A.B., não ir morar com um dos seus filhos, é que ele se sentiria como incômodo para eles.

Durante as visitas tal assunto foi abordado abertamente entre os presentes para que o paciente entenda que isso não seria a realidade.

Com o aumento da longevidade, cabe às eSF focarem em modelos assistenciais à terceira idade. Conforme a Política Nacional de Saúde do Idoso, os familiares são os responsáveis por cuidar de seus parentes nessa fase da vida, cabendo à APS dar o apoio aos cuidadores¹⁶. De acordo com a experiência de Lima *et al.*¹⁶, no Brasil, o suporte aos idosos, além do ciclo familiar também conta com o apoio informal de membros da comunidade. No presente estudo, a vizinhança foi fundamental na abordagem de cuidado a A.B. É percebida a grande interação que o paciente índice apresenta com a comunidade após o falecimento de sua esposa, e que pode ser responsável por dar um grande apoio nesse momento. Pela visualização do ecomapa, foi possível compreender a relação da unidade familiar com outros fatores sociais, sendo eles relevantes para manutenção do bem-estar biopsicoespiritual-social¹⁰.

Como função da APS na prevenção de agravos através da promoção e prevenção de saúde, visualizando o contexto do sujeito, o trabalho com o núcleo familiar apresenta maior impacto no controle de doenças crônicas, dentre outras patologias que podem ser preveníveis por meio do autocuidado¹⁷. Um dos pontos positivos visualizados, e que favoreceram um bom progresso durante a execução da abordagem, é a independência de A.B., que mesmo com 81 anos, consegue ser um idoso bastante autônomo em suas atividades diárias. De acordo com a OMS¹⁸, o processo de independência no envelhecimento é crucial para o bem psíquico do sujeito e, assim, acaba influenciando indiretamente na sua qualidade de vida e o modo como ele se relaciona socialmente.

Conforme Mcwhinney¹³, terapias ocupacionais, lazer e aprender lidar com as perdas são tópicos que devem ser trabalhados com o sujeito no estágio VIII do ciclo de vida. O paciente índice se encaixa perfeitamente nessa fase do envelhecimento, e as tarefas apresentadas nas referências foram essenciais para entender como a intervenção deveria ser guiada. A função da Conferência familiar, como tecnologia leve, permitiu o compartilhamento das queixas e ajudou a organizar o processo de educação familiar, intervindo de forma coesa e participativa dos membros¹⁶.

A queixa principal de A.B. era focada em desconfortos que se iniciaram após o falecimento de sua esposa. Sabe-se que

sintomas apresentados podem ser psicossomatizações do processo gerado pelo luto¹⁹, cabendo à equipe dar apoio ao paciente durante esse período crítico, orientando as atividades que o reinserem em meio ao convívio social.

A longitudinalidade do cuidado é entendida como uma fonte continuada de atenção ao usuário ao longo do tempo e permite conhecer os sujeitos em seus contextos individuais (sociais, habituais e problemas de saúde)^{20,21}. Para Kessler *et al.*²⁰, o cuidado longitudinal é obtido mediante o vínculo entre indivíduo e profissionais. O atributo do vínculo, como ferramenta de compreensão ampliada do processo saúde-doença é necessário para as abordagens individuais e familiares; pois como diretriz da ESF é perceptível a relevância dessa estratégia como promotora de integralidade e singularidade do cuidado²².

Durante as visitas ao domicílio, foi percebida a importância da interação dos profissionais da ESF com a família. É nítido que o estreitamento do vínculo entre equipe e família é necessário para que as ferramentas objetivem o resultado esperado porque os profissionais conseguem identificar os problemas, analisando um contexto mais amplo do paciente, não focando apenas nas causas biológicas²⁰⁻²². Ademais, o vínculo favoreceu à eSF identificar as necessidades e assim ajudando a organizar o cuidado.

CONCLUSÃO |

Com o trabalho interdisciplinar realizado pela eSF foi notória a mudança de alguns sintomas relatados pelo paciente índice, que inicialmente o fez buscar a UBS. As ferramentas de abordagem familiar foram importantes para identificar possíveis pontos que poderiam estar interferindo na qualidade de vida do paciente e também de desenvolver intervenções em níveis fora da UBS, estreitando ainda mais a relação da eSF com a família. É necessária a visão total do paciente, centrado não apenas em sua doença e no cuidado clínico médico, mas também em todo o seu contexto visto que a abordagem para com o indivíduo e a utilização de espaços que o englobam foram importantes para a melhoria do quadro em questão. Vislumbra-se a necessidade de que mais outras eSF realizem abordagens em níveis familiares e se utilizem dessas ferramentas, que foram enriquecedoras para a organização e modo de trabalho na equipe, agregando conhecimento por parte dos profissionais.

REFERÊNCIAS |

1. Ditterich RG, Gabardo MCL, Moysés SJ. As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas equipes de saúde da família de Curitiba, PR. *Saúde soc. São Paulo*, 2009; 18(3): 515-524.
2. Brante ARSD, Martins DS, Neves FMV, Fonseca JC, Ottoni JLM, Oliveira RFR. Abordagem familiar: aplicação de ferramentas a uma família do município de Montes Claros/MG. *Rev Bras Med Fam Comunidade. Rio de Janeiro*, 2016; 11(38): 1-9.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
4. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.
5. Rodrigues QF, Oliveira TA, Silveira R, Oliveira RFR, Marinho KP, Campolina LR. Abordagem familiar na estratégia saúde da família utilizando as ferramentas de acesso no cuidado em saúde mental. *Rev Unimontes Científica. Montes Claros*, 2016; 18(2): 109-119.
6. Santos AM, Oliveira CC, Nogueira TM, Mendes PH. Abordagem familiar como estratégia de cuidado integral e interdisciplinar em esquizofrenia. *Renome. Montes Claros*, 2017; 6(1): 59-74.
7. Motta LB, Aguiar AC, Caldas CP. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiência em três municípios brasileiros. *Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro*, 2011; 24(7): 779-786.
8. Persequino MG, Horta ALM, Ribeiro CA. A família frente a realidade do idoso de morar sozinho. *Rev Bras Enferm. Brasília*, 2017; 70(2): 251-257.
9. Oliveira OS, Fagundes LS, Barbosa HA, Santos AS, Lopes MC, VilasBoas FS. O cuidado de um idoso frágil pela família. *Rev enferm UFPE online. Recife*, 2016; 10(Supl. 1): 273-283.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar. *Caderno de Atenção Domiciliar. Volume 2. Brasília (DF): 2012.* Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf.
11. Santos JAD, Cunha ND, Brito SMS, Brasil CHG. Ferramenta de abordagem familiar na atenção básica: um relato de caso. *J Health Sci Inst. São Paulo*, 2016; 34(4): 249-252.
12. Lacerda MKS, Pereira ACA, Pereira MM, Teixeira RLOD, Veloso DCMD, Pimenta DR. Ferramentas de abordagem familiar: estudo de uma família cadastrada em uma equipe de estratégia saúde da família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev de Iniciação Científica da UninCor. Três Corações*, 2017; 7(1): 25-34.
13. Mcwhinney IR. *Manual de medicina familiar. Lisboa: Inforsalus*, 1994.
14. Nobre LLR, Queiroz LS, Mendes PHC, Matos FV, Soares ASF, Leão CDA. Abordagem familiar no âmbito da estratégia saúde da família: uma experiência de cuidado interdisciplinar. *Rev da UninCor. Três Corações*, 2014; 12(2): 458-468.
15. Camargos MCS, Rodrigues RN, Machado CJ. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. *R. bras est pop. Rio de Janeiro*, 2011; 28(1): 217-230.
16. Lima JCM, Moraes GLA, Augusto Filho RF. O uso da conferência familiar na resolução de conflitos de uma família com idosa dependente. *Rev Bras Med Fam e Com. Rio de Janeiro*, 2008; 4(14): 129-134.
17. Vieira JTS, Damasceno JG, Leão CDA, Santos ASF. Abordagem familiar no cuidado às condições crônicas de saúde. *Rev da UninCor. Três Corações*, 2018; 16(2): 1-11.
18. Organização Mundial da Saúde. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde*, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf.

19. Meireles CS, Mota TMF, Brante ARS. Relato de experiência: aplicação das ferramentas de abordagem familiar em um caso de luto. *Rev Eletônica Acervo Saúde*. Campinas, 2019; Sup. 26(2019): e742.
20. Kessler M, Lima SBS, Weiller TH, Lopes LFD, Ferraz L, Eberhardt TD, et al. Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva do usuário. *Acta Paul Enferm*. São Paulo, 2019; 32(2): 186-193.
21. Kessler M, Lima SBS, Weiller TH, Lopes LFD, Ferraz L, Thumé E. Longitudinality in Primary Health Care: a comparison between care models. *Rev Bras Enferm*. Brasília, 2018;71(3):1063-1071.
22. Santos RCA, Miranda FAN. Importância do vínculo entre profissional-usuário na estratégia saúde da família. *Rev Enferm UFSM*. Santa Maria, 2016; 6(3): 350-359.

Correspondência para/ Reprint request to:

Samuel Trezena

Rua Lagoa Escura, 406,

Carmelo, Montes Claros/MG, Brasil

CEP: 39402-704

E-mail: samueltrezena@gmail.com

Recebido em: 15/05/2020

Aceito em: 22/07/2020