

**Carina Guerra Cunha**

Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família  
(RENASF)/Universidade Estadual Vale do Acaraú  
(UVA).  
carinagc@bol.com.br

**Glênia Costa Aguiar**

Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família  
(RENASF)/Universidade Estadual Vale do Acaraú  
(UVA).  
gleniacostaaguiar@gmail.com

**Josiane Alves Dorneles**

Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família  
(RENASF)/Universidade Estadual Vale do Acaraú  
(UVA).  
josianealvesdorneles2009@hotmail.com

**Silvinha de Sousa Vasconcelos Costa**

Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família  
(RENASF)/Universidade Estadual Vale do Acaraú  
(UVA).  
Silvinhacosta10@bol.com.br

**Eliany Nazaré de Oliveira**

Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família  
(RENASF)/Universidade Estadual Vale do Acaraú  
(UVA).  
elianyy@hotmail.com

**Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes  
Neto**

Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família  
(RENASF)/Universidade Estadual Vale do Acaraú  
(UVA).  
rosemironeto@gmail.com

## ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NA GESTAÇÃO: estudo de caso com a utilização de ferramentas de abordagem familiar

### RESUMO

Estudo objetiva realizar avaliação de uma gestante, com base em ferramentas de abordagem familiar P.R.A.C.T.I.C.E.. Trata-se de um estudo de caso, desenvolvido durante o mês de abril de 2015, com uma gestante, multigesta e acometida por AVC isquêmico, de um distrito do município de Sobral - Ceará. Se deu por visita domiciliar, junto a equipe do CSF, utilizando a técnica da entrevista semiestruturada com base no referencial da abordagem familiar P.R.A.C.T.I.C.E e por último a elaboração do Genograma, plano de cuidado e como Resultado: Problema (P), AVC na gestação, tabagismo, alcoolismo, multiparidade e extrema pobreza. Papéis (R) desempenhados pela mãe, irmã e companheiro, o cuidado com a gestante. A afetividade (A) dá-se pelo bom convívio entre familiares. A comunicação (C) prejudicada, o AVC na gestante acometeu a fala. O tempo (T) curto para cuidar da gestante e tarefas do lar. Nas doenças (I) identificamos o AVC, alcoolismo (gestante), infecções respiratórias agudas e intestinais (crianças), o tabagismo e alcoolismo (companheiro). Lidar com Estresse (C) percebeu-se sofrimento, solidão, tristeza e crenças. Na ecologia (E) apoiada pela ESF/Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), vizinhos, dentre outros. Consideramos um estudo potente para trabalhar com as famílias em situação de risco clínico e social.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Acidente Vascular Cerebral; Gravidez; Família.

### STROKE IN GESTATION: a case study using familiar approach tools

### ABSTRACT

Study Objective of this study was to evaluate a pregnant woman, based on family approach tools P.R.A.C.T.I.C.E. This is a case study, developed during the month of April 2015, with a pregnant woman, multigested and affected by ischemic stroke, from a district in the municipality of Sobral - Ceará. It was done by a home visit, together with the team of the health center, using the semi-structured interview technique based on the PRACTICE family approach and lastly the elaboration of the Genogram, care plan and as Result: Problem (P), stroke in pregnancy, smoking, alcoholism, multiparity and extreme poverty. Roles (R) played by the mother, sister and companion, the care of the pregnant woman. The affectivity (A) is due to the good relationship between family members. Impaired communication (C), the stroke in the pregnant woman affected the speech. The time (T) short to take care of the pregnant and housework. In diseases we identified (I) stroke, alcoholism (pregnant), acute respiratory and intestinal infections (children), smoking and alcoholism (partner). Dealing with Stress (C) was perceived suffering, loneliness, sadness and beliefs. In

ecology (E) supported by the FHS / Family Health Support Nucleus (FHSN), neighbors, among others. We consider a powerful study to work with families in clinical and social risk situations.

**Keywords:** Primary Health Care; Family Health Strategy; Stroke; Pregnancy; Family.

---

Recebido em: 15/12/2017 - Aprovado em: 05/04/2018 - Disponibilizado em: 15/07/2018

---

## 1. INTRODUÇÃO

Na contemporaneidade, as doenças cerebrovasculares são consideradas sério problema de saúde pública, ocupando o segundo lugar na classificação das doenças que mais acometem vítimas com óbitos no mundo, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares. No adulto, é uma das principais causas de incapacidade física, tendo um impacto significativo sobre a sociedade, seja pela perda da população economicamente ativa, seja pelo elevado custo com o tratamento<sup>1</sup> e reabilitação, ou por afetar a rotina familiar, que terá de adaptar-se ao estilo de vida do sujeito doente, que exige a implementação de um plano de cuidado compartilhado e compatível com as necessidades de saúde.

Dentre as doenças cerebrovasculares, encontra-se o Acidente Vascular Cerebral (AVC), popularmente conhecido como “derrame cerebral”, cuja definição dada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) converge para uma “síndrome clínico de desenvolvimento rápido de déficit cerebral focal (ou global [...]) que dura mais de 24 horas (a não ser que interrompido por

cirurgia ou morte), sem outra causa aparente que não a vascular”<sup>1,2</sup>. No Brasil, evidenciou-se que entre os anos de 2000 a 2009, o percentual de mortes por AVC foi maior nas mulheres, atingindo 19,11%, enquanto que nos homens este percentual foi de 14,92%.<sup>3</sup>

Na gestação, o AVC é considerado uma complicação rara, porém, quando ocorre, seu nível de gravidade é elevado. É um dos eventos clínicos mais graves associados à gestação, apresentando elevadas taxas de mortalidade materna, chegando até 20% de óbitos entre as gestantes. Por seu critério de raridade, o diagnóstico torna-se mais difícil e, em decorrência de ser a cefaleia severa e persistente o sintoma mais comum, este pode ser subestimado pelos obstetras ou ser confundido com outras enfermidades, o que aumenta a demora no diagnóstico e, conseqüentemente, o prognóstico neurológico e a mortalidade.<sup>4</sup>

Por serem as mães as principais cuidadoras da família, e o acometimento por doenças incapacitantes, como é o caso do AVC, traz sérias complicações para a rotina familiar, afetando a sua dinâmica de vida e o processo de cuidado materno no lar, dentre

outros. A família é um *locus* de cuidado naturalmente reconhecido, confirmado pelas responsabilidades que são atribuídas a seus membros, que se tornam responsáveis pelos primeiros cuidados físicos e emocionais, durante o convívio diário, mediante as relações de confiança estabelecidas no espaço do lar.<sup>5</sup>

Assim, reconhecendo a família com célula social de cuidado e proteção, e esta por ser foco da atenção na Estratégia Saúde da Família (ESF), deve ser assistida de modo integral e humanizada, pelas diversas categorias de trabalhadores da saúde, considerando não somente os aspectos relacionados à saúde, mais a dinâmica de vida que se estabelece entre seus membros, bem como de suas histórias de vida, de forma a atendê-la em suas necessidades.

Para que tal prática assistencial de abordagem familiar ocorra de modo eficiente e efetivo, a equipe da ESF deve estar aberta a acolher a família e suas demandas e necessidades, constituir vínculos e um agir sanitário carregado de subjetividade e humanização, além de se utilizar tecnologias, que auxiliem na compreensão do contexto familiar, para a elaboração de um plano de cuidados a ser implementado de maneira compartilhada.

Assim, este estudo tem o propósito de descrever a avaliação de um caso com a utilização da ferramenta de abordagem

familiar P.R.A.C.T.I.C.E, a uma gestante multigesta, acometida por AVC *isquêmico*.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso, desenvolvido durante o mês de abril de 2015, com uma gestante, multigesta e acometida por AVC isquêmico, moradora de um distrito do município de Sobral - Ceará. Os sujeitos foram constituídos também pelos familiares da gestante, sendo estes o companheiro, filhos (13 e 11 anos), mãe e irmã. Para a eleição dos sujeitos, considerou-se a apropriação das informações necessárias ao estudo do caso e para a compreensão da dinâmica familiar. A escolha dos filhos foi considerada, mediante a capacidade destes de fornecerem informações consideradas importantes para o estudo.

Inicialmente, os sujeitos foram informados sobre os riscos e benefícios do estudo e, em seguida, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE),<sup>6</sup> conforme o estabelecido pela Resolução Nº 466/2012, refere à liberação dos menores para a participação no estudo, solicitou-se ao responsável representado na figura do padrasto a participação destes, elucidando o objetivo da coleta das informações a partir do entendimento dos filhos, explicando que para isto seria respeitado o direito destes em fornecer tais informações.

A realização do estudo de caso ocorreu conforme as etapas descritas a seguir:

### **2.1 Primeiro Momento:** a escolha do caso.

A escolha do caso se deu de forma intencional, tendo em vista o critério de raridade identificado na literatura, que é a associação entre AVC e gestação, o que proporcionou o aprofundamento teórico sobre a temática, além do contexto familiar no qual a gestante estava inserida que nos motivou a implementação das ferramentas de abordagem familiar para a compreensão do caso.

### **2.2 Segundo Momento:** a coleta das informações

A coleta de dados deu-se pela visita ao lar realizada à família, quando foi utilizada a técnica da entrevista semiestruturada baseado no referencial da abordagem familiar P.R.A.C.T.I.C.E, abordando questões acerca do problema atual apresentado (história de doença da gestante), papéis de cada membro da estrutura familiar, afetividade da família diante do problema apresentado, tipo de comunicação entre os membros da família, fase do ciclo de vida no qual estes encontram-se inseridos, questões referentes a história de doença na família, aspectos de como os membros da família enfrentam o estresse de vida e quais os recursos que a família possui para enfrentar o problema em questão.

A realização da visita ao lar contou com a participação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e da Enfermeira da equipe da ESF, sendo este um fator facilitador para a

coleta das informações, tendo em vista o vínculo já estabelecido entre a equipe e familiares, o que propiciou o estabelecimento de uma relação de confiança com os pesquisadores. Fomos acolhidas de forma receptiva, e a discussão foi extremamente proveitosa no que diz respeito ao aprendizado mútuo e conhecimento da família, a partir do olhar dos trabalhadores da saúde que a acompanham. A coleta das informações ao prontuário familiar deteve-se aquelas, referentes às condições clínicas da gestante e seus familiares.

### **2.3 Terceiro Momento:** Elaboração do Genograma e do plano de cuidados com o auxílio da ferramenta P.R.A.C.T.I.C.E.

Para o desenvolvimento do estudo faz-se necessário a compreensão da dinâmica familiar, fato pelo qual se elegeu a construção do genograma como uma ferramenta capaz de proporcionar tal entendimento. O genograma é considerado uma ferramenta de representação gráfica da família no qual são registradas as informações sobre seus membros, com a definição de seus papéis e suas relações, possibilitando ainda a compreensão do processo saúde-doença-cuidado.<sup>7,8</sup>

Após a construção do genograma, e como forma de aprofundar o entendimento do contexto familiar a partir da situação problema apresentada, qual seja, as limitações da gestante E.G.S. para o cuidado do lar e dos filhos, ocasionado pelo AVC e o

risco da doença para a gestação atual, foi implementado outra ferramenta de abordagem familiar denominada P.R.A.C.T.I.C.E.

A P.R.A.C.T.I.C.E, é uma ferramenta que permite a avaliação do funcionamento das famílias, sendo desenvolvido por meio de entrevista, facilitando a coleta de informações e entendimento do problema, e representa o acróstico das seguintes palavras do original em inglês *problem, roles, affect, communication, time in life, illness, coping with stress, environment/ecology*.<sup>8,9</sup> A especificação de cada item do acróstico segue conforme descrito abaixo: P - referente ao problema apresentado; R - referente aos papéis de cada membro da estrutura familiar; A - afeto que diz respeito de como a família se comporta diante do problema apresentado; C - informa qual o tipo de comunicação dentro da estrutura familiar; T - menciona em qual fase do ciclo de vida a família se encontra; I - história de doença na família, passado e presente; C - como os membros da família enfrentam o estresse da vida; E - quais os recursos que a família possui para enfrentar o problema em questão.

O P.R.A.C.T.I.C.E é desenvolvido para o manejo de situações difíceis e objetiva a resolução de problemas, permitindo uma aproximação com as diversas condições que ocasionam os problemas nos quais a família está inserida e, na qual deve ser analisada<sup>9</sup>.

### 3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DO CASO

**O caso:** E.G.S., gestante, 35 anos, parda, analfabeta, em união estável, fumante, etilista e com história obstétrica de 13 gestações, 11 partos e 1 aborto. Tem 10 filhos vivos, fruto da relação com sete parceiros diferentes. Reside com o companheiro F.R.J., 40 anos, comerciante (dono de bar), que passa a maior parte do seu tempo em seu espaço de trabalho, comparecendo em casa apenas para dormir. Além do companheiro, residem com a gestante, sete filhos, cuja faixas etárias são de 13, 11, 9, 8, 7, 5 e 3 anos, todos estudantes, porém com ausências frequentes à escola, tendo históricos de doenças de quadros recorrentes, a exemplo de infecções respiratórias agudas e intestinal. O espaço do lar é caracterizado como uma casa de taipa (madeira e barro artesanal) cedida por parentes, com piso de cimento e presença de energia elétrica, com ausência de tratamento de água e instalação sanitária, e lixo a céu aberto. Não apresenta renda familiar fixa, sendo beneficiária do Programa Bolsa Família, no valor de R\$ 294,00 (duzentos e noventa e quatro reais), perfazendo uma renda per capita de R\$ 37,12 (trinta e sete reais e doze centavos). A gravidez atual foi diagnosticada com 10 semanas, durante o internamento hospitalar decorrente de um AVC isquêmico do qual apresentou as seguintes sequelas: restrição ao leito por



dificuldade de articular à fala, fato que justifica a ausência de informações por parte desta.

A partir da utilização do genograma, podemos compreender, a completude dos problemas familiares tanto no contexto atual, quanto os do passado, percorrendo as gerações.<sup>7</sup> Observa-se a realidade familiar como não convencional, visualizada pela multiplicidade de separações e inclusão de novos parceiros, o que fragiliza a relação de confiança entre os irmãos e entre eles e o padrasto, refletindo diretamente no enfrentamento da situação problema atual.

### **3.2 P.R.A.C.T.I.C.E**

A aplicação da ferramenta P.R.A.C.T.I.C.E. realizada por meio da entrevista à família da E.G.S contando com a participação do companheiro, filhos, mãe e irmã, permitiu-nos a identificação do Problema (P), sendo este o AVC na gestação, associado a outros fatores de riscos clínicos como tabagismo, alcoolismo, multiparidade e fatores sociais, como extrema pobreza. Para o companheiro, a dificuldade apresentada se deu devido à impossibilidade da gestante para o trabalho no lar e cuidado com os filhos, além da necessidade de cuidados ao leito. Para os filhos, a problemática refletiu na ausência da mãe e de seus cuidados, tendo em vista que esta se encontra restrita ao leito e com dificuldade de fala.

A ausência da mãe em seu papel de cuidadora trouxe a necessidade de uma reestruturação do universo familiar, exigindo a definição de novos papéis e um novo modo de vida. Sobre a relação de dependência e proteção que se estabelece no convívio familiar<sup>10</sup>, com o doente de AVC é comprometedor por despertar sentimentos de medo, angústia e limitação, contrastando com a busca pela recuperação.

No tocante aos Papéis (R) desempenhados, o cuidado com a gestante com certo zelo é prestado pela mãe e irmã, nos momentos livres. Estas também cuidam dos filhos de E.G.S., com o apoio dos filhos maiores de 13 e 11 anos. O companheiro de E.G.S. oferta cuidados à esta e aos filhos em momentos ocasionais, quando está no lar.

Observa-se uma divisão de responsabilidades não pactuada entre os familiares, dos cuidados prestados a gestante e filhos menores, o que poderá acarretar, ou na falta de cuidados necessários ou na sobrecarga de alguns dos cuidadores.

Para evitar ou minimizar tal situação de *stress* ou sobrecarga dos cuidadores, o Ministério da Saúde<sup>11</sup> sugere que haja um planejamento entre a família, cuidadores e profissionais da saúde, para que as ações ocorram no próprio lar de modo efetivo. Outra estratégia importante é identificar quais atividades e decisões que a própria E.G.S. cuidada pode tomar, se possível, sem que isso prejudique o seu tratamento,

devendo ficar claro e, se possível, escrito, as rotinas e quem se responsabilizará por cada uma das tarefas. Deve-se também orientar quando se deve chamar o profissional da saúde e como identificar sinais e sintomas de perigo.

A afetividade (A) dá-se pelo bom convívio entre os membros familiares, manifestado por meio da troca de carinho com a senhora E.G.S. no momento da visita. No entanto, identificou-se um conflito entre irmã e o companheiro da gestante, tendo em vista haver a alegação de que este não ofertava os devidos cuidados a E.G.S., por permanecer a maior parte do tempo longe do lar. Quanto a isto, o companheiro justifica ter a necessidade de sair, com o intento de garantir renda à família, fato pelo qual permanecia ausente.

A história de E.G.S. é de muitas idas e vindas com a vida. Vai da instabilidade e variabilidade nos relacionamentos, elevado número de filhos e crises pessoais, realidade esta que inferiu em sua afetividade, para consigo e com outros seja algo. A situação da vida, do viver e de subjetividade de E.G.S., que tem a feito sofrer, a padecer e a adoecer, o que somente a humanidade do cuidado, a generosidade dos cuidadores poderão reabilitá-la do processo de agravo-doença-sofrimento. Pois, muitas vezes os obstáculos apresentados em tais situações são superados pelos sentimentos de “amor, dedicação, solidariedade e fé”.<sup>10</sup>

No tocante a comunicação (C) entre os membros da família, esta encontra-se prejudicada em virtude da gestante não conseguir articular a fala, realizando apenas comunicação gestual de difícil compreensão por parte dos filhos menores; como também, por conta da série de intercorrências e conflitos familiares e, em detrimento dos filhos serem menores e não exporem seus sentimentos e impressões sobre a situação vivenciada. Porém, a comunicação dos entrevistados ao exporem seus sentimentos, em especial a mãe a irmã da gestante, foi considerada um fator positivo para a realização deste estudo.

Considerando a comunicação como fundamental nas relações humanas e no viver em sociedade, identificamos que a afasia é causa de uma ruptura da gestante com o viver em família e comunidade, o que leva a uma alteração na capacidade do sujeito de articular a linguagem, bem como de seus processos cognitivos subjacentes, como percepção e memória.<sup>12</sup> O fato de E.G.S. não conseguir expressar a fala faz com que se sinta isolada e com sentimento de retração, tornando-a mais dependente.

Em relação ao tempo (T) foi relatado pela mãe a dificuldade em cuidar da E.G.S., tendo em vista também ter sua casa e seus afazeres domésticos, além de ter que cuidar das crianças. Além disso, refere não ter habilidades de cuidar de um sujeito doente e acamado e, na maioria das vezes não

compreende o que a filha sente por não conseguir por não entender seu gestual. A dificuldade apresentada pela irmã é semelhante à de sua mãe. O cuidado deve ir além das necessidades e sofrimentos físicos decorrentes de uma doença ou limitação. “Cuidar é também perceber a outra pessoa como ela é, como se mostra, seus gestos e falas, sua dor e limitação. [...] significa atenção, precaução, cautela, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade.”<sup>11</sup>

Nas doenças (I) identifica-se o AVC, etilismo e alcoolismo da gestante, bem como as infecções respiratórias agudas de repetição e infecções intestinais entre as crianças. Para o companheiro, o tabagismo e o alcoolismo não foram fatores determinantes do AVC na gestação, associando tal doença a destino divino, demonstrando seu pouco conhecimento sobre o AVC. Para a mãe e a irmã, o AVC associa-se ao número de gestações e utilizam o termo “útero cansado”.

Observa-se a partir das falas, um total desconhecimento da família a respeito do quadro que acomete E.G.S., causando a desvalorização dos sintomas e aumentando o risco de não se identificarem sinais de alerta que agravem o caso.

Quanto ao Lidar com o Estresse (C) é perceptível o sofrimento, sobretudo, no olhar das crianças, que se mostram caladas, isolando-se como forma de refugiarem-se do problema da mãe-família, apresentando

sentimentos como solidão e tristeza em alguns momentos, enquanto que os irmãos maiores tentam resolver alguns dos problemas e contribuir com o cuidado do lar e da família. Para os cuidadores o estresse ocasionado pela doença vem deixando-os cansados, angustiados e com exaustão, referindo não saber até quando irão suportar.

No que tange a ecologia (E) a gestante tem como rede de apoio, além da mãe, irmã e companheiro, a equipe da ESF/Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), igreja, escola, Centro de Referência Assistência Social (CRAS) e os vizinhos que em tempo disponível auxiliam no cuidado da gestante e das crianças.

Durante o processo de reabilitação, o adulto acometido por AVC necessita de toda a rede de atenção à saúde, bem como social. Além da rede de atenção à saúde, esta família em especial, tem necessitado de outros apoios externos para que consigam superar a rearticulação do contexto familiar atual, decorrente do quadro de adoecimento da mãe.

Ao mesmo tempo em que se observa a fragilidade da família, vê-se também o potencial que as redes de apoio apresentam diante de tais situações, no tocante a contribuir para a melhor resolubilidade dos processos de trabalho da ESF, bem como minimizar a sobrecarga da família e estimular estes sujeitos a reiterar-se socialmente, construindo novos vínculos e

ampliando suas relações sociais. Neste aspecto, a equipe de saúde, pode-se colocar no papel de facilitador do processo, conhecendo as redes de apoio pessoais e incorporando-as em seus processos de trabalho.<sup>13</sup>

Outros estudos de casos que utilizaram ferramentas de abordagem familiar estão em consonância com resultados apresentados por este. Relataram maior proximidade entre equipe de saúde com a família abordada, compreendendo as questões emocionais que interferem negativamente no quadro clínico do caso índice e seus familiares. Foi possível também iniciar um trabalho com foco na mudança dos comportamentos disfuncionais da família, possibilitando uma atuação interdisciplinar na qual cada profissional contribuiu para a construção do cuidado integral ao sujeito e sua família. A experiência permitiu conhecer as relações entre os membros da família, como acontecia o processo saúde-doença e possibilidades de intervenção.<sup>14,15</sup>

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo apresenta a abordagem de uma família em situação de risco social por ser numerosa, composta por filhos de parceiros diferentes, com renda per capita insuficiente para o sustento de todos os membros, que foi agravada pelo risco clínico da mãe acometida de AVC isquêmico. Esta enfermidade a deixou com sequelas, condicionando-a a

restrição ao leito e a dificuldade de fala, deixando-a dependente dos cuidados dos membros da sua família além de, logo após o diagnóstico ser identificada a gravidez. Tal situação acarretou a inversão dos papéis na família, em que a mãe/gestante passa de cuidadora à cuidada, desarticulando assim a família por ainda ser composta de filhos menores, dependentes também de cuidados que não são prestados de forma contínua por outros membros da família, devido à necessidade destes cuidarem de suas próprias vidas, submetendo às crianças a necessidade de cuidarem uns dos outros e de si mesmas, expondo-os a situações como doenças e debilidades no crescimento e desenvolvimento.

Por fazer parte do sistema de saúde, atuando na ESF, observa-se que tais ferramentas, tão valiosas na abordagem e construção de planos de cuidado de famílias e situações de risco, não são utilizadas e tampouco conhecidas pelos profissionais que atuam na ESF. Estes poderiam estar se empoderando dos instrumentos para a facilitação da construção e condução dos planos de cuidado, à medida que conduzissem o processo de forma a construir junto aos membros da família, informações sobre seus papéis, que por estarem imersos nos problemas, não enxergam de forma clara, e nem tampouco conseguem organizar-se para a busca de soluções para estes.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de rotinas para atenção ao AVC. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013.
2. World Health Organization (WHO). Neurological disorders: public health challenges. Geneva: World Health Organization; 2006.
3. Garritano CR, Luz PM, Pires MLE, Barbosa MTS, Batista KM. Análise da tendência da mortalidade por acidente vascular cerebral no Brasil no século XXI. *Arq. Bras. Cardiol.* [Internet]. 2012 June [cited 2017 Oct 10]; 98(6):519-527. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2012000600007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012000600007&lng=en).
4. Nomura ML, Yang LD, Min LL. Gravidez sem acidente. *ComCiência.* [Internet]. 2009 [cited 2017 Oct 10]; 109:1-3. Disponível em: [http://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-76542009000500035&lng=pt&nrm=iso](http://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-76542009000500035&lng=pt&nrm=iso). acessos em 10 out. 2017.
5. Silva NC. Atenção primária em saúde e contexto familiar: análise do atributo centralidade na família no PSF Manaus. 2010. 310 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2010.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução 466/12 - Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
7. McGoldrick M, Gerson R, Petry S. Genogramas: avaliação e intervenção familiar. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.
8. Chapadeiro CA, Andrade HYSO, Araújo MRN. A família como foco da atenção primária à saúde. Belo Horizonte: Nescon/UFGM; 2011.
9. Moysés SJ, Silveira Filho AD. Saúde bucal na família: quando o corpo ganha uma boca. In: [Silveira Filho AD](#), [Ducci L](#), [Simão MG](#), [Gevaerd SP](#). Os dizeres da boca em Curitiba: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis. Rio de Janeiro: CEBES; 2002. p. 133-161. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=430237&indexSearch=ID> Acesso em: 19 Abr. 2017.
10. Menezes JNR, Mota LA, Santos ZMSA, Frota MA. Repercussões psicossociais do acidente vascular cerebral no contexto da família de baixa renda. *RBPS.* [Internet]. 2010 out./dez. [cited 2017 Oct 10]; 23(4): 343-348. Available from: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2036>.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
12. Ortiz FG. O Serviço Social no Brasil: os fundamentos de sua imagem e da autoimagem de seus agentes. Rio de Janeiro: E-Papers, 2010. Disponível em: [http://www.uff.br/lassal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=45%3Ao-servico-social-no-brasil-os-fundamentos-de-sua-imagem-social-e-da-autoimagem-de-seus-agentes-&catid=1%3Aartugos-publicados&Itemid=27](http://www.uff.br/lassal/index.php?option=com_content&view=article&id=45%3Ao-servico-social-no-brasil-os-fundamentos-de-sua-imagem-social-e-da-autoimagem-de-seus-agentes-&catid=1%3Aartugos-publicados&Itemid=27). Acesso em: 19 Abr. 2017.
13. Holanda CMA, Andrade FLJP, Bezerra MA, Nascimento JPS, Neves RF, Alves SB et al.. Redes de apoio e pessoas com deficiência física: inserção social e acesso aos serviços de saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2015 Jan [cited 2017 Oct 10]; 20(1): 175-184. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000100175&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000100175&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014201.19012013>.
14. 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* [Internet]. 2016 Jan-Dez [cited 2017 Oct 10]; 11(38):1-9. Available from: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/953>.
15. 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. *Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde* [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 10]; 7(1):25-34. Available from: <http://periodicos.unincor.br/index.php/iniciacaocientifica/article/view/3984>

---

**Carina Guerra Cunha**

Mestrado Profissional em Saúde da Família/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF)/Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

---

**Glênia Costa Aguiar**

Mestrado Profissional em Saúde da Família/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF)/Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

---

**Josiane Alves Dorneles**

Mestrado Profissional em Saúde da Família/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF)/Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

---

**Silvinha de Sousa Vasconcelos Costa**

Mestrado Profissional em Saúde da Família/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF)/Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

---

**Eliany Nazaré de Oliveira**

Mestrado Profissional em Saúde da Família/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF)/Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

---

**Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto**

Mestrado Profissional em Saúde da Família/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF)/Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

---