

Revista da Universidade Vale do Rio Verde
ISSN: 1517-0276 / EISSN: 2236-5362
Vol. 20 | n. 2 | Ano 2021

Carla Daiany Amaral Ribeiro
Universidade Estadual de Montes Claros
carladaribeiro@hotmail.com

Nadine Antunes Teixeira
Universidade Estadual de Montes Claros
nadineateixeira@gmail.com

Ivana Jacob Ibrahim
Universidade Estadual de Montes Claros
ivanajacobibrahim@gmail.com

Larissa Câmara Ribeiro
Universidade Estadual de Montes Claros
larissacamarapsicologa@gmail.com

Ana Caroline Cardozo Silva
Universidade Estadual de Montes Claros
anacaroline26080@gmail.com

Tamires Oliveira Machado de Aguiar
Universidade Estadual de Montes Claros
tamiresolly@gmail.com

Matheus Mendes Pereira
Universidade Estadual de Montes Claros
Matheusmendes4@gmail.com

Anne Raissa Souza Dias Brante
Universidade Estadual de Montes Claros
anneraiassouzadias@gmail.com

ABORDAGEM FAMILIAR NO CUIDADO À PACIENTE IDOSA: RELATO DE CASO

RESUMO

Introdução: a abordagem familiar permite reorientação do modelo de assistência prestada pelo serviço de saúde, garantindo a promoção do cuidado, prevenção de doenças e reabilitação biopsicossocial. **Objetivo:** Relatar caso de abordagem familiar realizada a família de uma idosa moradora do território de abrangência de uma Equipe de Saúde da Família na cidade de Montes Claros/MG. **Metodologia:** trata-se de estudo de caso, abordado de forma qualitativa, realizado entre os meses de dezembro de 2020 e março de 2021, desenvolvido por profissionais do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família atuantes em uma eSF localizada no sudeste do município de Montes Claros/MG. **Resultados:** O estudo permitiu a identificação de problemas familiares através da aplicação das ferramentas de abordagem familiar resultando em intervenções e assistência pela equipe multidisciplinar. **Conclusão:** tecnologias leves são essenciais para a promoção de uma assistência completa e resolutiva. Mediante os problemas identificados, a equipe de saúde da família prestou o cuidado possível dentro de suas atribuições. Ressalta-se o importante papel da equipe na vida dos indivíduos, sobretudo dos idosos que residem sozinhos.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Pessoa idosa. Relações familiares. Saúde da família.

FAMILY APPROACH IN CARE FOR ELDERLY PATIENTS: CASE REPORT

ABSTRACT

Introduction: a family approach allows reorientation of the model of assistance provided by the health service, guaranteeing the promotion of care, disease prevention and biopsychosocial prevention. **Objective:** case report of a family approach carried out with the family of an elderly woman living in the territory covered by a Family Health Team in the city of Montes Claros/MG. **Methodology:** this is a case study, approached in a qualitative way, carried out between the months of December 2020 and March 2021, developed by professionals from the Multiprofessional Residency Program in Family Health working in an eSF located in the southeast of the municipality of Montes Claros / MG. **Results:** The study affects the identification of family problems through the application of tools of familiar approach in processes and assistance by the multidisciplinary team. **Conclusion:** technologies are essential for the promotion of a complete and resolute assistance. Through the identified problems, an a family health team provided the possible care within its attributions. The important role of the team in the lives of the needy is emphasized, especially the elderly who live alone.

Keywords: Primary health care. Elderly people. Family Relationships. Family health.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), prevê um sistema ampliado de saúde, sendo um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990).

O Programa Saúde da Família (PSF) foi introduzido, no Brasil, pelo Ministério da Saúde em 1994. Esse programa reafirmou e incorporou os princípios básicos do SUS e reorganizou a prática assistencial substituindo o modelo tradicional de assistência, curativista e hospitalar, para uma atenção integral aos indivíduos e famílias. Através do acompanhamento da população adscrita à área de abrangência é possível resgatar uma prática mais humanista, que gere vínculo e responsabilização, tornando dinâmico o processo de trabalho (RONCALLI, 2003). Doze anos depois, a atenção básica foi reorganizada em Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2006), através da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), posteriormente revisada nos anos de 2011 (BRASIL, 2011) e 2017 (BRASIL, 2017). A PNAB ampliou e implementou novas ações, além de ter alterado e revogado portarias existentes.

A centralização do cuidado no âmbito familiar é um dos atributos da atenção primária à saúde (APS). As equipes de saúde da família (eSF) são responsáveis pelo acompanhamento de um número de famílias, localizadas em sua área

de abrangência. Nesse contexto, é prioridade a abordagem familiar, conhecendo as configurações, arranjos, contextos, processos sociais, culturais, enfim, compreendê-la como unidade de produção social (CHAPADEIRO, ANDRADE e ARAÚJO, 2012).

A família é constituída por um grupo de pessoas interdependentes, dessa forma, os relacionamentos estabelecidos entre os familiares são influenciados mutuamente. Toda mudança que ocorre no âmbito familiar influencia cada pessoa individualmente e a dinâmica do grupo, podendo interferir ou não no cotidiano. A forma como ocorre essa dinâmica é crucial para obtenção de resultados satisfatórios na condição de adoecimento (DIONIZIO et al., 2020). Família pode ser definida como a união de normas, práticas e valores que têm seu lugar, tempo e história, constituída por um grupo de pessoas que possuem uma relação de parentesco com ou sem vínculo sanguíneo (BIROLI, 2014).

Dessa forma, a gestão do cuidado na eSF lança mão da abordagem familiar como forma de reorientar esse modelo de assistência prestada, reorganizando o serviço de modo a garantir a promoção do cuidado, prevenção de doenças e reabilitação biopsicossocial por meio da interdisciplinaridade, integralidade e longitudinalidade do cuidado (FIGUEIREDO, 2010).

Destarte, este estudo objetiva relatar caso de abordagem familiar realizada a família de uma idosa moradora do território de abrangência de uma eSF na cidade de Montes Claros/MG.

MÉTODOLOGIA

Trata-se de estudo de caso, abordado de forma qualitativa, realizado entre os meses de dezembro de 2020 e março de 2021, desenvolvido por profissionais do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família atuantes em uma Equipe de Saúde da Família (eSF) localizada no sudeste do município de Montes Claros/MG. Foram utilizadas as ferramentas de abordagem familiar, como método de diagnóstico e intervenção, para avaliação da dinâmica familiar. Trata-se de um recorte da pesquisa "Abordagem Familiar em Equipes Polos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família", aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer nº 572.244.

Inicialmente, os critérios utilizados para a escolha da família foram: serem cadastrados na eSF, terem procurado a equipe com relato de problema familiar que fosse possível aplicação das ferramentas de abordagem familiar, serem receptivos às propostas e terem bom vínculo após o período de reconhecimento, além de aceitarem participar da pesquisa por meio de leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A protagonista do estudo, idosa de 78 anos que reside sozinha em seu domicílio, foi escolhida por meio de uma demanda apresentada pela Agente Comunitária de Saúde (ACS) em uma das reuniões semanais realizadas pela equipe. A ACS referiu que a idosa se apresentava sem apoio familiar e em situação de polifarmácia, com uso descontrolado dos medicamentos.

Foram realizadas quatro visitas domiciliares, a primeira foi realizada pela equipe

multidisciplinar com intuito de assistir a usuária, estabelecer vínculo, reconhecer a existência de um problema e verificar a possibilidade de aplicação das ferramentas de abordagem familiar. Posteriormente, a equipe se reuniu, discutiu o caso e observou que o problema apresentado era realmente familiar, necessitando não apenas de uma intervenção individual, mas de uma conferência familiar para a discussão das questões e divisão das tarefas com todos os membros.

Para coleta dos dados, além das visitas domiciliares realizadas no período supracitado, outros métodos foram utilizados (contato telefônico e comunicação textual), pois a usuária residia sozinha, seus filhos não eram cadastrados no território e foram considerados parte fundamental para o desenvolvimento da abordagem. No desenvolvimento do trabalho foram utilizados nomes fictícios para preservar a identidade dos indivíduos envolvidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Descrição da família

O núcleo familiar estudado é composto pela paciente Eva, 78 anos, aposentada, residente no território há mais de dez anos. Possui sete filhos e dezesseis netos. Divide seu domicílio apenas com seu cachorro, Bobby, por quem nutre enorme afeto. É progênie do primeiro casamento de sua mãe Ana Maria, que nesta relação teve outros nove filhos.

Eva casou-se aos 21 anos com seu primeiro marido, Maurício. Viveram juntos por cerca de quinze anos uma relação saudável, com vínculos estreito. Em 1968 Maurício foi a óbito, vítima de mal súbito, aos 33 anos de idade,

juntos tiveram cinco filhos. Ela estava puérpera, e diante da perda do esposo, entrou em quadro de intenso sofrimento emocional, chegando a ser internada em hospital psiquiátrico. Após o período de internação e passagem pelo luto, Eva apresentou piora no seu quadro psíquico, com dificuldade para dormir e iniciou uso de medicações ansiolíticas.

Segundo Eva, estimulada por familiares, na tentativa de melhorar seu estado de saúde e sentimento de solidão, casou-se com Fagner. A paciente descreve com mágoa e rancor o relacionamento conturbado em que foi vítima de violência doméstica. Após o nascimento de suas duas filhas caçulas, Eva separou-se e atualmente não possui nenhum tipo de vínculo com Fagner.

Eva é diabética, hipertensa, possui artrite, depressão, tem distúrbio do sono. A sua principal queixa é ter sonolência extrema, sentir-se sozinha e desamparada pelos filhos. Refere ainda dores recorrentes na coluna e possui histórico de queda no último ano.

Encontra-se em situação de polifarmácia, em uso atualmente de Furosemida, Levotiroxina, Captopril, Metformina, Sinvastatina, Digoxina, Omeprazol, Escitalopram, Clonazepan e Tibolona. Além de medicamentos que utiliza sem prescrição, como Loratadina e Butilbrometo de Escopolamina associado à Dipirona.

Quanto à relação da paciente índice com os filhos, é importante ressaltar que é conflituosa e distante e que, na percepção de Eva, tal situação produz nela sentimentos de solidão e tristeza.

Ferramentas de abordagem familiar

Busca-se na ESF o trabalho de forma horizontal e interdisciplinar, garantindo a

longitudinalidade do cuidado, podendo ser realizado nos domicílios e demais espaços da comunidade. É essencial aprender a solucionar problemas através da comunicação, compartilhamento de saberes, práticas e gestão do cuidado (BRASIL, 2017). Neste sentido, é importante identificar na área adscrita, problemas, demandas e necessidades, e assim, realizar a abordagem familiar, voltada para gestão do cuidado, e também a prática diagnóstica e terapêutica, como realizado neste estudo.

As “ferramentas saúde da família” como são conhecidas, têm origem na sociologia e psicologia, são consideradas tecnologias relacionais e buscam estreitar as relações familiares, bem como promover a compreensão do indivíduo e de suas relações com a família e comunidade (SILVEIRA FILHO, 2007).

Dentre as ferramentas aplicadas, está o genograma ou heredograma familiar, um instrumento que através de desenho gráfico, elaborado por meio de símbolos, apresenta a composição familiar e os relacionamentos básicos, em no mínimo, três gerações. Ele permite, de uma forma rápida e clara visualizar os padrões de repetição das relações, doenças prevalentes na família, os conflitos que culminam em adoecimento e o lugar ocupado por cada indivíduo dentro da estrutura familiar (MOYSÉS *et al.*, 1999; NASCIMENTO *et al.*, 2014).

A construção do genograma familiar (Figura 1), permitiu compreender que a relação de Eva com todos os filhos é de hostilidade. Após muito tempo sem contato com o filho mais velho (Agner), a relação vem sendo retomada. Elza e Nadir são as filhas com quem Eva tem

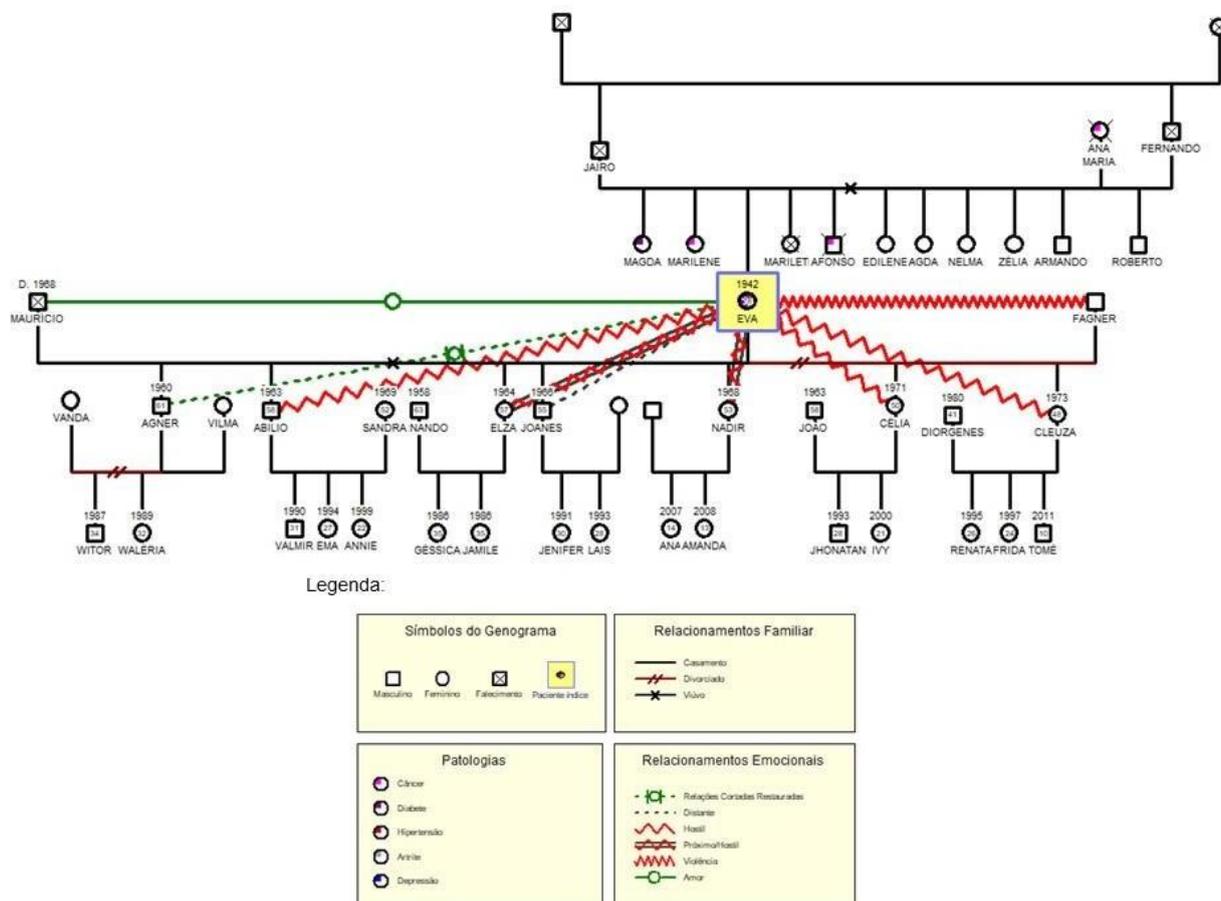
maior proximidade, apesar dos conflitos, são elas que auxiliam a mãe na retirada do valor de sua aposentadoria e eventualmente a acompanham em consultas médicas. Joanes reside na cidade de São Paulo/SP e quando está em Montes Claros/MG não visita sua mãe. A relação com os netos é inexistente.

Eva acredita que devido ao problema neurológico que o filho primogênito apresentou na infância-adolescência e em virtude das demandas de saúde dele (consultas, viagens para

tratamento e cirurgias), tenha se ausentado do cuidado com os demais filhos, gerando descontentamento e conflitos na família.

As patologias encontradas na família foram: câncer de mama, doença cardiovascular, hipertensão, diabetes, artrite e depressão. Um padrão de repetição encontrado é o casamento como resolução para fragilidades pessoais. Tanto Eva, quanto sua mãe realizaram novos casamentos com intuito de superar perdas trazidas pelo fim do casamento anterior.

Figura 1 - Genograma familiar.



Fonte: Próprios autores.

Através de um diagrama é possível representar as relações entre família e comunidade e avaliar os apoios disponíveis e utilizados pela família. Ele demonstra a presença ou ausência de recursos sociais, culturais e econômicos. É um instrumento que representa os

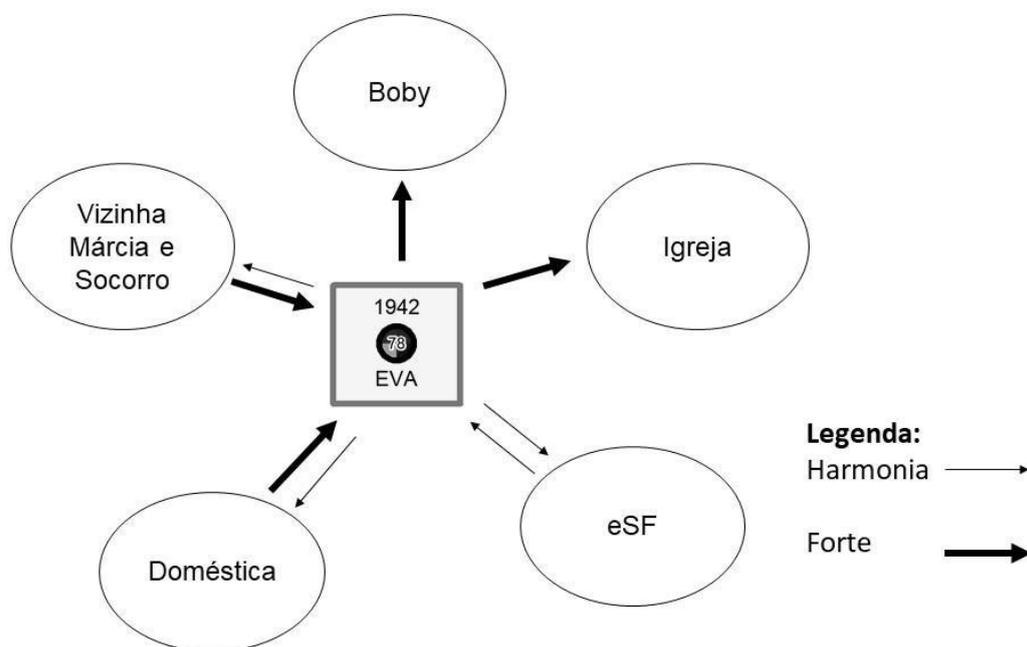
processos familiares estruturais, emocionais e afetivos, sendo, portanto, Dinâmico, pois retrata um determinado momento na vida dos membros da família (NASCIMENTO *et al.*, 2014). O ecomapa avalia a rede social da família e envolve as relações internas e externas, é uma ferramenta

complementar ao genograma (CHAPADEIRO; ANDRADE; ARAÚJO, 2012).

Como pode-se observar no ecomapa (Figura 2), Eva conta com auxílio de suas vizinhas Márcia e Socorro (pagamento das contas pessoais e também para acionar, por meio de aplicativo, automóvel para transporte, quando necessário). O cachorro, Bobby, de 13 anos, tem requerido muitos cuidados de saúde, Eva investe altos valores nesses cuidados. A doméstica

diarista, organiza a casa uma vez por semana, mas sempre que possível presta outros tipos de auxílio, como a compra de suprimentos. A paciente índice é católica e embora não assista às celebrações na comunidade, contribui mensalmente com o dízimo e relata ter muita fé. A relação de Eva com a eSF é harmoniosa, segundo ela, quando precisa a eSF está à disposição.

Figura 2 - Ecomapa.



Fonte: Próprios autores.

O nascimento, desenvolvimento, puberdade, maturidade e envelhecimento são etapas que compõem o processo de envelhecer (ABREU *et al.*, 2015). Nesta perspectiva, o ciclo de vida familiar é uma ferramenta que divide a história da família em estágios de desenvolvimento, através de papéis e tarefas específicas de cada estágio (DITTERICH, 2009). Além disso, avalia os eventos que ocorrem dentro da família a partir das mudanças previsíveis que acontecem em sua organização. Os estágios podem ser agrupados da seguinte forma: iniciando a família a dois, famílias com

filhos pequenos, famílias com crianças pré-escolares, famílias com crianças em idade escolar, famílias com adolescentes, casais de meia-idade e famílias em envelhecimento (WAGNER *et al.*, 1999).

Quanto ao ciclo de vida familiar, Eva encontra-se na fase de envelhecimento: quando está presente os processos de senescência e senilidade, a vivência do luto, a mudança dos papéis geracionais e alterações emocionais geradas pela idade.

O modelo P.R.A.C.T.I.C.E foi desenvolvido para o manejo de situações mais

complicadas, com intuito de alcançar as várias interfaces do problema criado pela família, e assim, focar na resolução do problema. Pode ser usado para itens de ordem médica, comportamental e de relacionamentos (DITTERICH, 2009). Permite a avaliação familiar e fornece informações sobre possíveis intervenções que podem ser utilizadas para manejar o problema (WALTERS, 1996). A partir da avaliação dos dados desse instrumento, é possível conduzir adequadamente os problemas, com auxílio da equipe de saúde da família, para esclarecimentos e conduzir as possíveis formas de lidar com os impasses.

Na aplicação da ferramenta P.R.A.C.T.I.C.E, foram observadas as seguintes peculiaridades:

P - Problema (*problem*): A matriarca relata sentir tristeza e solidão devido à ausência dos filhos, além de possuir relação conflituosa com eles. Faz uso indiscriminado de medicamentos para ansiedade e distúrbio do sono.

R - Papéis e estruturas (*roles and structure*): Aposentada e pensionista, exerce os cuidados domésticos sozinha, com ajuda semanal de uma doméstica. A organização de suas finanças, rotina de vida e administração de medicamentos é realizada pela paciente-índice com auxílio de alguns filhos, vizinhos e eSF, quando necessário.

A - Afeto (*affect*): Eva possui relação de distanciamento e hostilidade com os filhos, ambos sofrem com os conflitos. Não há relação entre Eva e os netos. A paciente refere relação de amor maternal com o cachorro Bobby.

C - Comunicação (*communication*): A comunicação entre a mãe e os filhos é

prejudicada. A mãe reclama que os filhos não a ajudam, por outro lado, os filhos defendem que dão apoio à mãe, havendo, portanto, dificuldades na comunicação familiar e desentendimentos.

T - Tempo do ciclo de vida (*time in life*): a família vive a fase de envelhecimento familiar.

I - Doenças na família (*illness in family past and present*): Eva possui hipertensão, diabetes, artrite, distúrbio do sono e depressão. Apresenta risco familiar para câncer de mama, por haver histórico familiar da doença.

C - Lidando com o estresse (*coping with stress*): os filhos optaram pelo distanciamento, Eva reage de forma vitimizadora e com uso abusivo de medicação.

E - Ecologia (*environment/ecology*): a idosa não tem momentos de lazer. Atualmente não está frequentando a igreja, nem utilizando outros recursos externos em virtude da pandemia. Raramente recebe visita dos filhos e nem os visita.

A ferramenta FIRO do inglês “*Fundamental Interpersonal Relations Orientations* (FIRO)” busca compreender as famílias a partir das relações de poder, comunicação e afeto que desempenham (MOYSÉS; SILVEIRA FILHO, 2002).

Evidenciou-se na aplicação da ferramenta FIRO que as relações são complicadas e distantes. A paciente índice sente que os filhos não participam de sua rotina familiar, e a família no geral não possui relações estreitas com a paciente, o que causa nela o sentimento de abandono e tristeza. A respeito do tópico “controle”, Eva executa total controle sobre sua vida, mas no que diz respeito à relação com os filhos, não há controle estabelecido. Sobre a “intimidade”, a paciente não compartilha

de momentos importantes na vida dos filhos, não realiza trocas afetivas com a prole. Entretanto, a relação dos filhos entre si aparenta ser harmônica.

A equipe de saúde da família contatou os filhos para agendamento de reunião para discussão do caso, realização de conferência familiar e partilha do cuidado. Os filhos apresentaram resistência, negaram-se a fornecer algumas informações e após definição de data para o encontro, comunicaram que em comum acordo decidiram não participar. Ainda assim, a equipe realizou algumas intervenções a partir da utilização das ferramentas de abordagem familiar.

Neste sentido, a equipe prestou os cuidados e assistência possíveis: escuta sensível de alguns membros da família, orientações sobre o cuidado com idoso, apresentando também as demandas trazidas pela mãe. Além disso, agendamento de exames de rotina, agendamento de consulta com psicóloga, elaboração de plano de cuidados, avaliação médica e organização das medicações, bem como orientação do uso, agendamento de mamografia e exame de prevenção do câncer de colo uterino, encaminhamento para acompanhamento com geriatra e com a equipe de saúde bucal.

Após intervenções da ESF, a paciente-índice foi levada ao médico geriatra na rede privada. A consulta foi custeada pela filha Elza. Foi feita nova avaliação e ajuste de medicações (manutenção de dosagem, suspensão e acréscimo de novas medicações). Foram solicitados exames e novas orientações de cuidado foram realizadas.

Em nova visita domiciliar realizada pela equipe de referência, a paciente índice referiu melhora de seu estado emocional com o uso das

novas medicações, bem como redução das dores a partir das adaptações feitas pelo geriatra.

Segundo a Constituição Federal, é obrigação do filho maior de idade tutelar e amparar seus progenitores que se encontram em processo de envelhecimento patológico, carência ou de debilidade (BRASIL, 1988). Além da obrigação jurídica que os filhos possuem para com os pais, o zelo nesta relação existe também na visão ética e devotada, que quando não respeitada, acarreta transtornos psíquicos e agravamento de doenças (VIEGAS; BARROS, 2016).

Neste sentido, pode-se perceber que os filhos de Eva prestam suporte à mãe apenas na execução de algumas atividades, não sendo observada troca de afeto, no momento atual, em virtude da maneira de construção afetiva ao longo dos anos. Os filhos não evidenciaram os motivos que fizeram a relação chegar a esse ponto, mas afirmam que desde sempre a relação é complicada e distante, pois a mãe é uma pessoa difícil de lidar. Relataram também que sentem a falta da mãe, mas a proximidade é insustentável. Eles têm dificuldades em lidar com a postura de exigências, queixas e reclamações de Eva. Sentem-se desvalorizados, uma vez que acreditam prestar uma assistência de boa qualidade, dentro da precariedade do vínculo construído ao longo do tempo.

Usualmente, os cuidados com idosos são prestados majoritariamente por seus parentes próximos e, na falta deles, por amigos e vizinhos (CAMARGOS, 2011). No caso abordado, embora a família preste cuidados mínimos, há também o apoio de vizinhos e da doméstica, além da assistência prestada pela eSF.

A paciente índice, assim como, uma em cada sete pessoas idosas (correspondendo a 90 milhões de pessoas, dois terços mulheres), vive sozinha. Na maioria dos países, incluindo o Brasil, verifica-se aumento de domicílios com idoso morando sozinho. Essa situação reflete o efeito acumulado de eventos demográficos, socioeconômicos e de saúde ocorridos em etapas anteriores do ciclo de vida; pode-se citar o tamanho da prole, a mortalidade diferencial, o celibato, a viuvez, separações e recasamentos que corroboram para essa conjuntura. Essas condições podem colocar o idoso, em situação de vulnerabilidade emocional ou física (CAMARGOS, 2011).

Camargos (2011), defende ainda, que a decisão de morar sozinho depende de uma série de fatores e de eventos que vão se conformando ao longo da vida do indivíduo. Para alguns idosos, é importante o convívio diário, na mesma residência, com os familiares para auxílio nas dificuldades que a senilidade traz (físicas ou financeiras), além de compartilhar a convivência, evitando a solidão. Para outros, esse convívio pode ser indesejado, pois afeta a autonomia e liberdade, mesmo com sentimento de solidão e com dificuldades físicas, financeiras e afetivas. Eva devido à solidão aderiu a sugestão dos filhos, tentou morar com um deles, mas não obteve sucesso e voltou para a sua casa, pois sentiu falta da sua autonomia e liberdade.

As relações, são capazes de moderar o estresse e ansiedade em idosos com problemas sistêmicos. É esperado que os idosos com esse suporte, sintam-se amados e seguros para lidar com problemas de saúde e autoestima. Pessoas sem suporte social, sobretudo da família, tem dificuldade em lidar com estresse. Dessa forma, a

ausência de parentes, especificamente mais próximos, como cônjuge e filhos, está associada com doença e mortalidade entre pessoas idosas (RAMOS, 2002). Percebe-se que Eva em sua fase de envelhecimento, vive as consequências da ausência familiar e atribui a isso seu sofrimento.

Essa incongruência relacional entre mãe e filhos causam a percepção de que alguém dá mais do que recebe. É possível observar os efeitos negativos disso na saúde de Eva. Apontando que a deterioração da saúde não é somente um processo natural, é influenciada também pela qualidade das relações sociais (RAMOS, 2002).

CONCLUSÃO

A utilização de tecnologias leves, como as ferramentas de abordagem familiar são essenciais para a promoção de uma assistência completa, resolutive, sem gastos ou grandes orçamentos. Permite ainda, a interação entre a equipe multidisciplinar com contribuições que possibilitam garantir cuidado integral ao paciente e sua família, bem como proporcionar-lhe qualidade de vida. Salienta-se a importância das ferramentas para a compreensão das estruturas familiares e para a construção de ações em saúde.

Mediante os problemas apresentados e as dificuldades enfrentadas pela família, a equipe prestou o cuidado possível dentro de suas atribuições, e dentro das possibilidades cabíveis à realidade específica do arranjo familiar e da adesão precária dos filhos ao que foi proposto.

Ressalta-se a importância da equipe de saúde da família na vida dos indivíduos, principalmente os idosos, que residem sozinhos

em seus domicílios. Por vezes, a equipe é a única fonte de cuidado, diálogo e assistências que os usuários recebem.

REFERÊNCIAS

ABREU, H.C.A. et al. Incidência e fatores preditores de quedas de idosos hospitalizados. *Rev. Saúde Pública*. v.49, n.37. 2015.

BIROLI, F. Família: novos conceitos. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2014, 86p.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Lei 8.080/90. Diário Oficial da União, Brasília, 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Política nacional de atenção básica. Brasília: MS; 2006. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Pactos pela Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 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.

CAMARGOS, M. C. S.; RODRIGUES, R. N.; MACHADO, C.J. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. **R. bras est pop.** Rio de Janeiro, v.28, n.1, p.217-230 2011.

CHAPADEIRO, C.A.; ANDRADE, H.Y.S.O.; ARAÚJO, M.R.N. A família como foco da atenção primária à saúde. Belo Horizonte: Nescon/UFMF; 2012.

DITTERICH, R. G. *et al.* As Ferramentas de Trabalho com Famílias Utilizadas pelas Equipes de Saúde da Família de Curitiba, PR. São Paulo: **Saúde Soc.** v.18, n.3, p.515-524, 2009.

FIGUEIREDO, E. N. Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos. Módulo Político Gestor. Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de São Paulo, 2010; 69p.

MOYSÉS, S. J.; SILVEIRA FILHO, A. D. Os dizeres da boca em Curitiba: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis. Rio de Janeiro: CEBES, 2002. p. 155-60.

MOYSÉS, S. T. *et al.* Ferramenta de descrição da família e dos seus padrões de relacionamento: genograma: uso em saúde da família. *Revista Médica*

do Paraná, Curitiba, v. 57, n. 1/2, p. 28-33, jan./dez. 1999.

NASCIMENTO, Lucila Castanheira, DANTAS, Isa Ribeiro de Oliveira, ANDRADE, Raquel Dully, MELLO, Débora Falleiros de. Genograma e ecomapa: contribuições da enfermagem brasileira. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 2014 Jan-Mar; 23(1): 211-20.

RAMOS, M. P. Apoio social e saúde entre os idosos. *Sociologias, Porto Alegre*, n. 7, p. 156-175, jan./jun. 2002.

RONCALLI, A.G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Antonio Carlos Pereira (Org.). *Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: ARTMED, cap. 2. p.28-49, 2003.

SILVEIRA FILHO, A. D. *et al.* Programa saúde da família em Curitiba: estratégia de implementação da vigilância à saúde. In: DUCCI, L. et al. Curitiba: saúde de braços abertos. Rio de Janeiro: CEBES, 2001. p. 239-51.

VIEGAS, C. M. A. R.; BARROS, M. F. Abandono afetivo inverso: o abandono do idoso e a violação do dever de cuidado por parte da prole. **Cadernos do Programa de Pós-Graduação em Direito** [Edição digital], Porto Alegre, v.11, n.3, 2016, p.168-201.

WAGNER, A. B. P. *et al.* Trabalhando com famílias em saúde da família. **Revista Médica do Paraná**, Curitiba, v. 57, n. 1/2, p. 40-6, jan./dez.1999.

WALTERS, I. P.R.A.C.T.I.C.E. Ferramenta de acesso à família. In: WILSON, L. *Trabalhando com famílias: livro de trabalho para residentes*. Curitiba: SMS, 1996. p. 46-7.

Carla Daiany Amaral Ribeiro

Residente em Saúde da Família – Universidade Estadual de Montes Claros, UNIMONTES

Nadine Antunes Teixeira

Residente em Saúde da Família – Universidade Estadual de Montes Claros, UNIMONTES

Ivana Jacob Ibrahim

Residente em Medicina de Família e Comunidade – Universidade Estadual de Montes Claros, UNIMONTES

Larissa Câmara Ribeiro

Residente em Saúde da Família – Universidade Estadual de Montes Claros, UNIMONTES

Ana Caroline Cardozo Silva

Residente em Saúde da Família – Universidade

Estadual de Montes Claros, UNIMONTES

Tamires Oliveira Oliveira Machado de Aguiar

Residente em Saúde da Família – Universidade
Estadual de Montes Claros, UNIMONTES

Matheus Mendes Pereira

Preceptor do Programa de Residência
Multiprofissional em Saúde da Família –
Universidade Estadual de Montes Claros,
UNIMONTES

Anne Raissa Souza Dias Brante

Preceptor do Programa de Residência
Multiprofissional em Saúde da Família –
Universidade Estadual de Montes Claros,
UNIMONTES
