https://doi.org/10.47822/bn.v15i1.1293
ISSN 2526-6349 *On-line version*
ISSN 2175-1943 *Print version*

Estudo de caso

Cuidado integral à família idosa em vulnerabilidade social: aplicação da abordagem familiar na atenção primária à saúde

Integral care for socially vulnerable elderly families: a family-centered approach in primary health care

Ellen Caroline Gonçalves de Sá[1] | Isabela Evangelista da Silva[1] | Mariana Mendes Silveira Dias[1] | Vinícius Braga Rodrigues[1] | Sara Antunes Rocha[1]

[1] Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), Montes Claros, MG, Brasil.

Resumo

Objetivo: descrever a aplicação de ferramentas de abordagem familiar em uma família idosa em situação de vulnerabilidade social acompanhada por uma equipe de Saúde da Família. **Materiais e Métodos:** estudo qualitativo do tipo estudo de caso, realizado em uma Estratégia de Saúde da Família de Montes Claros (MG), no segundo semestre de 2025. A coleta de dados ocorreu por meio de atendimentos domiciliares, com aplicação das ferramentas genograma, ecomapa, ciclo de vida familiar, FIRO e P.R.A.C.T.I.C.E., além do IVCF-20 e Mini Exame do Estado Mental. **Resultados:** identificou-se uma família composta por pessoas idosas com doenças crônicas e limitações funcionais, além de um membro com transtorno mental, apresentando dependência mútua e fragilidade na rede de apoio, além de outros aspectos de suma importância acerca do relacionamento familiar, seus recursos e estratégias utilizadas no cotidiano. **Conclusão:** as ferramentas permitiram compreensão ampliada da dinâmica familiar e subsidiaram intervenções integrais, evidenciando a importância da atuação multiprofissional e intersetorial.

Palavras-chave: Saúde da família. Idoso. Vulnerabilidade social. Atenção primária à saúde. Relações familiares.

Abstract

Objective: to describe the application of family assessment tools in an elderly family in a situation of social vulnerability followed by a Family Health team. **Materials and Methods:** this is a qualitative case study conducted in a Family Health Strategy unit in Montes Claros (MG), Brazil, during the second half of 2025. Data were collected through home visits, using the following tools: genogram, ecomap, family life cycle, FIRO, and P.R.A.C.T.I.C.E., in addition to the Clinical-Functional Vulnerability Index (IVCF-20) and the Mini-Mental State Examination. **Results:** a family comprising older adults with chronic diseases and functional limitations, as well as a member with a mental disorder, was identified. The family exhibited mutual dependence and a fragile support network, in addition to other relevant aspects concerning family relationships, available resources, and strategies employed in everyday life. **Conclusion:** the tools enabled a broader understanding of family dynamics and supported comprehensive interventions, highlighting the importance of multiprofessional and intersectoral actions.

Keywords: Family health. Aged. Health vulnerability. Primary health care. Family relations.

Autor correspondente: Isabela Evangelista da Silva | isabela.ies101@gmail.com
Recebido em: 06|05|2026. Aprovado em: 10|09|2026.
Avaliado pelo processo de *double blind review*.

Como citar este artigo: Sá ECG, Silva IE, Dias MMS, Rodrigues VB, Rocha SA. Cuidado Integral à Família Idosa em Vulnerabilidade Social: Aplicação da Abordagem Familiar na Atenção Primária à Saúde. Revista Bionorte. 2026;15:e1293. https://doi.org/10.47822/bn.v15i1.1293

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) fundamenta-se em princípios e diretrizes que visam garantir o acesso universal e equitativo aos bens e serviços necessários à promoção, proteção e recuperação da saúde. Para isso, estrutura-se por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada, com o objetivo de assegurar a integralidade da atenção à saúde da população[1].

A equipe de Saúde da Família (eSF) desempenha papel fundamental ao identificar as necessidades de saúde presentes no território, uma vez que tais condições podem restringir o acesso aos recursos disponíveis e aumentar o risco de adoecimento. Diante da complexidade dos problemas e das demandas em saúde, torna-se imprescindível a utilização de ferramentas de abordagem familiar, as quais subsidiam a elaboração de planos de intervenção centrados nas dinâmicas individuais, familiares e sociais principalmente voltadas a grupos de maior vulnerabilidade[2].

Entre os grupos populacionais que demandam maior atenção, destaca-se a população de idosos, especialmente aqueles acometidos pela síndrome da fragilidade, caracterizada pela intensificação das limitações físicas e funcionais associadas ao envelhecimento e, consequentemente, a necessidade de cuidados contínuos, prestados por familiares ou cuidadores[3].

Nesse contexto, diversas ferramentas foram empregadas na abordagem familiar, como o genograma, o ecomapa, o ciclo de vida familiar, o *Fundamental Interpersonal Relations Orientation* (FIRO), o modelo P.R.A.C.T.I.C.E. (*Presenting Problem; Roles and Structure; Affect; Communication; Time in Life; Illness in Family; Coping with Stress; Ecology*) e a conferência familiar. Esses instrumentos permitem uma compreensão ampliada das relações, interações e dinâmicas familiares, favorecendo a identificação das demandas existentes e o delineamento de intervenções compatíveis com as problemáticas identificadas[4,5]..

Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo descrever a aplicação das ferramentas de abordagem familiar de uma família idosa em situação de vulnerabilidade social, pertencente ao território de abrangência de uma equipe de Saúde da Família do município de Montes Claros, no estado de Minas Gerais (MG).

Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo de abordagem metodológica qualitativa do tipo estudo de caso, realizado em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) da cidade de Montes Claros, MG, durante o segundo semestre de 2025. A família foi selecionada considerando o paciente índice, pessoa idosa, que é chefe de família, responsável por gerir a vida da irmã no mesmo ciclo de vida e do filho com esquizofrenia. A coleta de dados foi realizada no mês de novembro e dezembro, através da aplicação

das ferramentas de abordagem familiar, tais como Genograma, Ecomapa, Ciclo de Vida Familiar, FIRO, e P.R.A.C.T.I.C.E., por meio de 10 atendimentos domiciliares realizados pela enfermeira, psicóloga e cirurgião-dentista e médico da equipe, a fim de observar o comportamento e a organização da família.

O Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20 (IVCF-20) é calculado por meio da aplicação de um questionário composto por 20 itens que abrangem diferentes dimensões da saúde do idoso, como idade, autopercepção de saúde, capacidade funcional, cognição, humor, mobilidade, comunicação e presença de comorbidades. Cada item possui uma pontuação específica, atribuída conforme o grau de comprometimento identificado e a soma total dos pontos resulta no escore final do instrumento. A partir desse escore, o idoso é classificado em baixo risco, risco moderado ou alto risco de vulnerabilidade clínico-funcional, o que permite orientar o planejamento das intervenções e o cuidado em saúde[7].

Outra ferramenta utilizada consistiu no Mini Exame do Estado Mental (MEEM), que corresponde a uma avaliação breve do idoso, eficaz para a triagem cognitiva. Contém 10 perguntas sobre o tempo presente, linguagem, além de permitir uma observação da capacidade construtiva visual do participante e principalmente da atenção e evocação da memória recente e remota[8].

Cuidados éticos

Este trabalho foi submetido ao comitê de ética em pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes e aprovado em 11 de novembro de 2025, conforme parecer nº 7.968.891. Antes de iniciar o estudo, a família foi consultada quanto a seu interesse em participar através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, que foi assinado por um membro da família maior de 18 anos, conforme dispõe a resolução nº 466/12. Os nomes utilizados neste estudo têm caráter fictício.

Resultados

Caracterização da Família

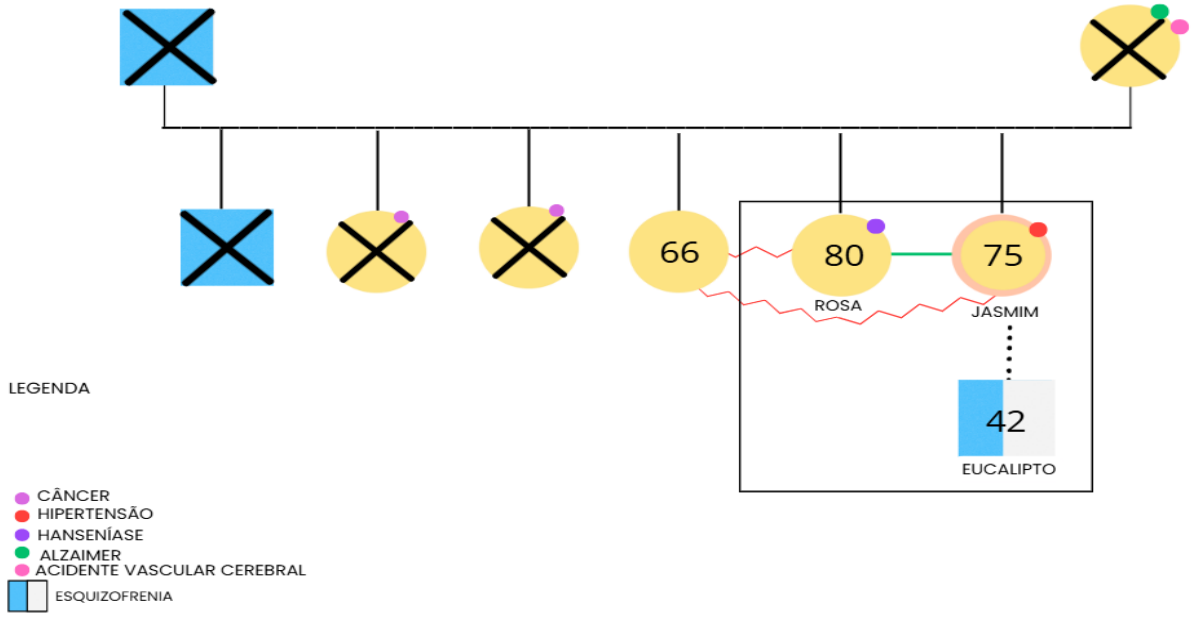
A paciente-índice, Jasmim, 75 anos, reside com a irmã e com o filho em uma casa de alvenaria, proveniente do programa Minha Casa Minha Vida para famílias que vivem em vulnerabilidade. Jasmim possui hipertensão arterial sistêmica e apresenta atualmente uma consolidação óssea viciosa no membro superior esquerdo, decorrente de fratura após queda da própria altura. Na ocasião, recusou o procedimento cirúrgico, pois não havia quem se responsabilizasse pelos cuidados de sua irmã e de seu filho, dos quais é a principal cuidadora.

A irmã, Rosa, 80 anos, apresenta perda auditiva significativa desde a infância e possui hanseníase, encontrando-se em tratamento. O filho de Jasmim, Eucalipto, é adotado, tendo sido acolhido aos três meses de idade pela mãe de Jasmim e Rosa, devido ao adoecimento mental de seus pais biológicos. Atualmente, ele tem 42 anos e possui diagnóstico de esquizofrenia com dificuldade de adesão ao tratamento medicamentoso e clínico. Diante da complexidade do caso, foram aplicadas as ferramentas de abordagem familiar.

Genograma

O genograma (Figura 1) foi estruturado em três gerações, evidenciando um contexto familiar caracterizado pela presença de doenças crônicas, transtornos mentais e limitações funcionais distribuídas ao longo das gerações.

Figura 1. Genograma da família estudada.



A matriarca faleceu aos 80 anos, em decorrência de acidente vascular cerebral e doença de Alzheimer, enquanto o patriarca veio a óbito aos 50 anos, após complicações decorrentes de uma queda não adequadamente assistida. O casal teve seis filhos, dos quais duas mulheres faleceram: uma em virtude de câncer do colo do útero e a outra em decorrência de neoplasia renal. O núcleo familiar estudado é composto por Rosa (80 anos) e Jasmim (75 anos), irmãs, que apresentam comorbidades clínicas que comprometem sua autonomia e capacidade funcional.

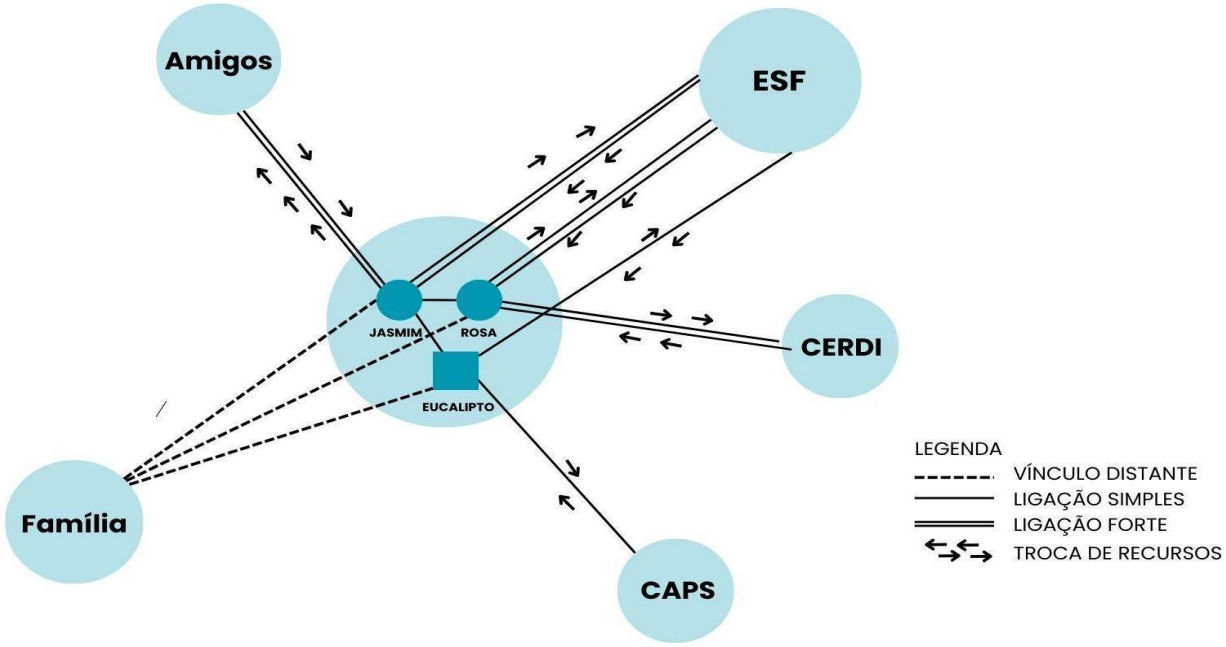
O filho de Jasmim, Eucalipto (42 anos), possui diagnóstico que impacta sua adaptação psicossocial e limita o desempenho pleno de papeis sociais e familiares. Apesar dessas limitações, Eucalipto assume parcialmente a função de interlocução com os serviços de saúde, especialmente

diante da redução da mobilidade de Jasmim, evidenciando uma reorganização dos papeis familiares frente ao adoecimento. Observa-se, portanto, um sistema familiar com recursos internos restritos para o enfrentamento das demandas de cuidado, dependência mútua entre os membros e fragilidade da rede de apoio, configurando um cenário que demanda acompanhamento contínuo pela Atenção Primária à Saúde (APS), com enfoque na integralidade do cuidado e no suporte à dinâmica familiar.

Ecomapa

Diante da representação gráfica do ecomapa (Figura 2), é possível analisar as relações sociais no tempo presente e entender algumas das principais necessidades da família. A linha pontilhada que liga os membros Jasmim, Rosa e Eucalipto aos demais membros da família demonstra uma fragilidade no contato com a família extensa e, por conseguinte, a convivência e a rede de apoio se restringem especialmente às idosas e amigos que, com poucos recursos, buscam formas de subsistência.

Figura 2. Ecomapa da família estudada



As demais relações indicadas no ecomapa, caracterizadas pelas linhas e setas que trazem a correspondência mútua, permitem compreender predomínio dos serviços da rede de saúde pública enquanto fundamental e essencial para todos os integrantes.

Ciclo de vida familiar

A família deste estudo está no Estágio Tardio (Família Final/Terceira Idade), que é uma fase caracterizada pelo envelhecimento de seus integrantes e a necessidade de maiores cuidados com a saúde. Seus membros passam por dificuldades para administrar a rotina dessa fase. Tarefas que necessitam de aptidão física ficam cada vez mais comprometidas. Além disso, a carência intelectual, tanto das irmãs Rosa e Jasmim, quanto do filho Eucalipto dificultam a organização com as finanças da família, resultando na ausência de recursos básicos, como alimentação.

F.I.R.O.

As relações de família podem ser alocadas em três dimensões (Quadro 1): inclusão, controle e intimidade, ou seja, a família pode ser estudada quanto às suas relações de poder, comunicação e afeto.

Quadro 1. Dados da aplicação da ferramenta FIRO na família do estudo.

Inclusão	Estrutura	A família estabelece normas de organização e rotina mediante os comandos da figura de Jasmim, que é a liderança da família. As atividades domésticas de limpeza, alimentação e cuidados são realizadas por Rosa, com a ajuda de Eucalipto; as compras e demais medidas financeiras são exercidas por Jasmim. E, atualmente, a rotina medicamentosa e de suporte clínico é organizada pela unidade de saúde mediante atendimentos domiciliares dos profissionais da equipe.
	União	Na União, a convivência familiar é afetuosa e leva em consideração a necessidade de cada um dos membros. E existem laços sólidos que se exacerbam nos momentos de maior dificuldade.
	Modo de compartilhar	Em modos de compartilhar, ressalta-se, mais uma vez, que embora haja limitações físicas e intelectuais, os integrantes expõem suas condições a fim de buscar soluções para as problemáticas do cotidiano.
Controle		A hierarquia da família fica concentrada na figura de Jasmim, que assumiu o controle das decisões e dos cuidados após o adoecimento psíquico de Eucalipto e deficiência auditiva de Rosa. As necessidades individuais são reportadas para a líder da família, a fim de achar a solução e tomada de conduta. A renda familiar é proveniente dos benefícios concedidos a cada um dos membros pelas suas respectivas comorbidades, sendo administrada como um todo por Jasmim.
Intimidade		No tópico Intimidade, observou-se a postura colaborativa e dependente de Eucalipto e Rosa diante de Jasmim, bem como atitudes de cuidados e preocupações coletivas entre os membros.

P.R.A.C.T.I.C.E.

O quadro 2 expõe a aplicação da ferramenta P.R.A.T.I.C.E, que é composto pela análise dos papeis sociais, afetivos, estressantes, além dos problemas, doenças, ambiente e outros.

Quadro 2. Dados da aplicação da ferramenta P.R.A.C.T.I.C.E. na família de estudo.

P.R.A.C.T.I.C.E.
P- *Problems* (Problema apresentado): Vulnerabilidade social e de saúde: observa-se que nenhum dos membros da família possui condições adequadas para gerir sua própria vida e atender plenamente às suas necessidades, com destaque para Jasmim que possui Hipertensão arterial e Mobilidade reduzida.
R- *Roles* (Papeis): Jasmim é responsável pelos cuidados com sua irmã Rosa, com seu filho Eucalipto e pelas tarefas domésticas sempre que possível. Eucalipto, por sua vez, se encarrega de intermediar a comunicação das idosas à eSF, devido à mobilidade reduzida de Jasmim.
A- *Affect* (Afeto): Existem divergências entre Eucalipto e Jasmim. Além disso, Rosa muitas vezes, é ignorada devido à deficiência auditiva e consequentemente à dificuldade de compreensão.
C- *Communication* (Comunicação): A comunicação é afetada negativamente diante da perda auditiva de Rosa e do adoecimento psíquico de Eucalipto.
T- *Time in lifecicle*(Tempo no Ciclo de Vida): A família encontra-se no ciclo de vida tardio, com a chegada da terceira idade e suas transformações físicas, psicológicas e sociais, voltadas à busca pela autonomia, saúde e qualidade de vida.
I- Illnes (Doenças – passado e presente): Jasmim é hipertensa, convive com reações hansênicas, está tratada há mais de 2 anos. Rosa é deficiente auditiva, faz tratamento há 22 meses para hanseníase. Eucalipto possui o diagnóstico de esquizofrenia.
C- *CopingWith Stress* (Lidando com o estresse): O estresse é vivenciado com dificuldade pela família, diante da adaptação ao ciclo de vida em torno do envelhecimento e das vulnerabilidades existentes.
E- *Ecology* (Ecologia, meio ambiente): Os recursos são principalmente os serviços de saúde, além dos amigos da vizinhança.

Instrumentos complementares

Neste estudo, a aplicação do IVCF-20 permitiu identificar diferentes níveis de risco entre as pacientes avaliadas. A paciente Rosa apresentou pontuação 10, sendo classificada como de risco moderado para vulnerabilidade clínico-funcional, o que indica a necessidade de maior atenção e acompanhamento para prevenir possíveis declínios em sua capacidade funcional. Por outro lado, a paciente Jasmim apresentou pontuação 15, sendo classificada como de alto risco para vulnerabilidade clínico-funcional, o que evidencia maior comprometimento e a necessidade de intervenções mais intensivas. Esses achados reforçam a importância do uso do IVCF-20 como ferramenta de triagem para direcionar condutas e intervenções individualizadas na prática clínica.

A realização do teste MEEM foi restrita à participação de Jasmim, pois não foi possível a avaliação de Rosa diante de sua dificuldade de escuta e compreensão dos comandos. Os resultados

evidenciam baixo nível de escolaridade, com escore de 11 pontos, associado a dificuldades relacionadas à orientação temporal.

Após a aplicação das ferramentas de abordagem familiar, evidenciou-se a necessidade de intervenção multiprofissional, uma vez que o cuidado prestado à paciente índice deve ser ampliado para garantir a proteção de sua saúde física, mental e social, especialmente diante de sua reduzida capacidade funcional.

Conferência familiar

Observa-se que a vulnerabilidade social vivenciada pela família ultrapassa os limites do setor saúde, demandando intervenções mais amplas e complexas. A família apresenta dificuldades significativas em sua organização e funcionamento, sobretudo em decorrência das condições de saúde de Rosa e Jasmim e do quadro psiquiátrico de Eucalipto, o que repercute de forma intensa no cotidiano familiar, gerando sofrimento, instabilidade e fragilidade nas relações. Desse modo, a reunião foi conduzida pela psicóloga, enfermeira e dentista da ESF e contou com a presença de Jasmim e Rosa.

No âmbito do cuidado em saúde mental, foram realizadas orientações quanto à possibilidade de encaminhamento de Eucalipto ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em situações de crise e reforçada a importância da adesão aos atendimentos psiquiátricos. No que se refere à qualidade de vida das idosas, discutiram-se estratégias de melhoria do sono, com uso adequado das medicações, além do fortalecimento dos vínculos religiosos e comunitários como forma de evitar o isolamento social. Destacou-se, ainda, a oferta de atendimento domiciliar em equipe, visando à prevenção de agravos psíquicos e emocionais e a promoção da autonomia e incentivo cognitivo. Por fim, orientou-se a organização da rotina doméstica, a fim de evitar sobrecargas nas atividades diárias.

A equipe realizou o acionamento do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e da Coordenadoria do Idoso, visando ampliar o suporte e a proteção social à família. A família segue acompanhada pelo CREAS até a finalização deste trabalho. Além disso, foram realizadas as seguintes intervenções pela equipe multiprofissional (Quadro 3).

Quadro 3. Intervenções realizadas por categoria profissional à família estudada.

Profissional	**Intervenções**
Enfermeira	● Avaliação multidimensional da pessoa idosa; ● Administração de medicamentos; ● Realização de curativos; ● Orientações de cuidados ao risco de queda, alimentação e higiene; ● Contato com coordenadoria do idoso e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).
Cirurgião-Dentista	● Orientações de Higienização de Próteses Dentárias;

	● Orientação de Higiene Bucal; ● Ações preventivas; ● Administração de medicamentos; ● Encaminhamento ao Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de acordo com a necessidade.
Psicóloga	● Avaliação multidimensional da pessoa idosa; ● Aplicação de exame do estado mental; ● Avaliação de sintomas de ansiedade, depressão e sofrimento psíquico; ● Investigação de risco de isolamento social, negligência ou violência; ● Articulação com o CAPS; ● Articulação com a rede de saúde.
Médica	● Manejo e otimização medicamentosa das respectivas comorbidades, com prescrições e doses supervisionadas; ● Solicitação de exames conforme necessidade e rotina de cada membro da família; ● Encaminhamento à atenção especializada diante de demanda por avaliações e condutas de especialistas, como ortopedia, psiquiatria, dermatologia e fisioterapia. ● Exame físico de rotina durante atendimento domiciliar; ● Orientações sobre cuidados alimentares, de higiene, cuidados com feridas e do devido armazenamento de medicamentos.

Discussão

O genograma familiar é uma representação gráfica que organiza os dados da família e acompanha os movimentos relacionais durante o processo de avaliação, auxiliando a APS na compreensão da saúde, social e emocional dos pertencentes ao grupo familiar estudado[6]. Assim, através deste instrumento, evidenciou-se a presença de fatores de vulnerabilidade, como doenças crônicas, transtornos mentais e fragilidade nos vínculos familiares. Tais condições afetam negativamente a dinâmica familiar como um todo[2]. Esses achados subsidiaram a identificação das principais demandas da família, favorecendo o planejamento de intervenções integrais, direcionadas às necessidades identificadas e ao fortalecimento do cuidado.

Esses resultados corroboram com a literatura[6], que aponta o genograma como uma ferramenta capaz de ampliar a compreensão das relações familiares e de identificar fatores de risco e proteção, subsidiando a elaboração de intervenções mais amplas e centradas no histórico familiar.

O ecomapa é um procedimento que possibilita uma compreensão mais ampla do contexto familiar, ao representar sua rede de apoio e as interações estabelecidas com o ambiente externo. Trata-se de um método que relaciona as condições de vida ao meio em que a família está inserida, evidenciando os vínculos entre seus integrantes e os recursos oferecidos pela comunidade e também identificar e avaliar os apoios disponíveis e a forma como são utilizados[9]. A atenção à saúde enquanto recurso atua de forma primordial na identificação de necessidades e vulnerabilidades, além da criação de vínculo que consolida a efetividade do trabalho[10]. O conhecimento dos antecedentes familiares e do contexto social atual, obtido por meio do genograma e do ecomapa, evidenciou as condições de

vida, os recursos comunitários disponíveis e a forma como são utilizados pela família, subsidiando o reconhecimento das principais necessidades e o planejamento de intervenções integrais.

O Ciclo de Vida Familiar permite analisar a trajetória e a organização da família conforme ela evolui ao longo do tempo. Ele auxilia na identificação de situações que podem favorecer o surgimento de dificuldades no funcionamento familiar, considerando as mudanças nos papeis e nas responsabilidades assumidas pelos membros em cada fase do desenvolvimento familiar[11].

Nesse contexto, o FIRO procura avaliar os sentimentos dos membros da família, as vivências das relações do cotidiano. É utilizado para compreender as mudanças no ciclo de vida familiar, avaliar as alterações conjugais ou familiares, patologias graves e pacientes terminais. Apresenta significativa análise para o estágio tardio, no qual se encontram os pacientes estudados. No caso do PRACTICE, é utilizado para avaliar o funcionamento interno das famílias. Ele facilita a coleta de informações e a compreensão dos problemas, sejam eles clínicos, comportamentais e relacionais, além de auxiliar na avaliação e na construção de manejo junto à família. É indicado para situações mais complexas e deve ser aplicado em reuniões familiares em conjunto com os profissionais da saúde[4].

As ferramentas IVCF-20 e o MEEM são direcionados à avaliação da vulnerabilidade clínico-funcional e do desempenho psíquico do idoso. Ambos contribuíram substancialmente para a identificação das demandas existentes, sendo o IVCF-20 a análise do grau de vulnerabilidade, subsidiando o planejamento das ações de assistência, enquanto o MEEM permite o rastreamento de alterações cognitivas que podem comprometer a autonomia e a funcionalidade do indivíduo. Embora não possibilitem uma avaliação abrangente do estado psíquico, sua aplicação permite identificar aspectos relevantes da saúde mental do idoso, fornecendo informações que orientam a tomada de decisão da equipe de saúde e contribuem para a elaboração de estratégias de cuidado mais adequadas às necessidades identificadas.

Desse modo, refletir sobre a implementação de políticas públicas voltadas à população idosa implica compreender o cuidado como uma prática integral, que considere o indivíduo em sua totalidade e em suas múltiplas dimensões, respeitando e acolhendo suas demandas na interação entre usuários, profissionais de saúde e instituições[12].

Conforme estabelece o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003)[13]**,** é dever da família, da comunidade e da sociedade assegurar os direitos da pessoa idosa, incluindo vida, saúde, dignidade, respeito e convivência familiar. Portanto, esses fatores evidenciam a necessidade urgente de apoio intersetorial. As vivências associadas aos conflitos internos e às limitações no enfrentamento das demandas cotidianas comprometem a capacidade de cuidado e promoção do bem-estar entre os membros. Nesse sentido, torna-se imprescindível a atuação articulada entre a rede de saúde e a

assistência social, por meio de intervenções contínuas e planejadas, com vistas ao fortalecimento de vínculos, promoção da autonomia e redução dos riscos sociais.

A conferência familiar é uma tecnologia terapêutica utilizada como uma etapa de diálogo planejado entre paciente, família e equipe, destinada à discussão de todos os resultados do estudo com a família[5]. Esse método favoreceu a construção conjunta de estratégias de cuidado, fortaleceu os vínculos entre os envolvidos e contribuiu para um suporte centrado nas necessidades da família. Os resultados obtidos estão em consonância com as evidências que apontam a conferência familiar[14] como uma estratégia capaz de promover a integração das ações desenvolvidas pela equipe, fortalecer o trabalho interdisciplinar, responsabilizar os membros da família pelos papeis que ocupam e consolidar um processo de conhecimento colaborativo e íntegro acerca dos problemas e da dinâmica domiciliar, conforme os princípios do SUS[1].

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Por tratar-se de um estudo de caso desenvolvido com uma única família em situação de vulnerabilidade social, os achados não podem ser generalizados para outras realidades. Além disso, as informações obtidas refletem uma situação específica da dinâmica familiar, que pode sofrer modificações ao longo do tempo. Destaca-se, ainda, que a aplicação dos instrumentos de abordagem familiar depende da participação e da percepção dos integrantes da família, podendo haver influência de respostas subjetivas e de fatores contextuais que interferem na avaliação.

Conclusão

A realização deste estudo mostrou-se importante, pois evidenciou que o trabalho com famílias é desenvolvido a partir da compreensão e análise de suas estruturas, permitindo a criação de estratégias específicas para cada núcleo familiar, por meio do uso de ferramentas adequadas. A aplicação dessas ferramentas na abordagem familiar possibilita um conhecimento mais aprofundado da família como um todo, e de sua dinâmica de funcionamento. Nesse contexto, observa-se a melhoria na qualidade de vida e na saúde dos membros, o fortalecimento dos vínculos familiares e uma melhor definição de papeis, contribuindo para o equilíbrio das relações. Destaca-se ainda que a utilização dessas ferramentas favorece a criação de vínculo entre o profissional da atenção básica e a família. Ao oferecer atenção e escuta qualificada, o profissional é mais facilmente aceito para investigar e intervir, promovendo satisfação tanto da população atendida quanto da equipe envolvida no processo.

Contribuições dos autores

As contribuições dos autores estão estruturadas de acordo com a taxonomia (CRediT) descrita abaixo: Concepção e desenho da pesquisa: Ellen Caroline Gonçalves de Sá; Isabela Evangelista Da Silva. Análise, interpretação dos dados e redação do manuscrito: Ellen Caroline Gonçalves de Sá, Isabela Evangelista da Silva, Mariana Mendes Silveira Dias, Vinícius Braga Rodrigue Ellen Caroline Gonçalves de Sá; Isabela Evangelista Da Silva; Mariana Mendes Silveira Dias; Vinícius Braga Rodrigues. Administração dos recursos: Ellen Caroline Gonçalves de Sá, Isabela Evangelista da Silva, Mariana Mendes Silveira Dias, Vinícius Braga Rodrigues, Sara Antunes Rocha. Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual e apresentação final: Sara Antunes Rocha. Os autores aprovaram a versão final do manuscrito e se declararam responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

Conflito de interesses

Os autores declararam não haver conflitos de interesse.

Agradecimentos

Agradecemos ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) pelo apoio.

Referências

1. Brasil. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

2. Albuquerque JV, Sá AP, Martins TG, Castro EA, Santos ASF, Cardoso MCLR, et al. Abordagem familiar para o cuidado interprofissional à família com múltiplas vulnerabilidades. REAS. 2025;25(7):e20863. https://doi.org/10.25248/reas.e20863.2025

3. Matiello FB , Kobayasi DY, Fernandes DS, Silva MPA, Azevedo KB, Fhon JRS, et al. Fatores relacionados à síndrome da fragilidade em idosos com hipertensão arterial sistêmica. Acta Paul Enferm. 2025;38:eAPE0003462. https://doi.org/10.37689/acta-ape/2025AO0003462

4. Chapadeiro CA, Andrade HYSO, Araújo MRN. A família como foco da atenção primária à saúde. Belo Horizonte: Nescon/UFMG; 2012. Disponível em: https://www.studocu.com/pt-br/document/centro-universitario-sao-lucas/soi-sistemas-organicos-integrados/familia/76534583?sid=7596d4b0-ab7d-4763-a9d4-c43cfbd09fee1793213325

5. Silva IMN, Santos LA, Soares AKT. Abordagem familiar na atenção primária: estudo de caso de uma família no município de Taiobeiras, Minas Gerais, Brasil. Rev Multidiscip Saúde. 2024 5(4):152-61. https://doi.org/10.51161/integrar/rems/4419

6. Penteado PA. Genograma e atenção primária à saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2025;20(47):4621. https://doi.org/10.5712/rbmfc20(47)4621

7. Moraes EN, Carmo JA, Moraes FL, Azevedo RS, Machado CJ, Montilla DER. Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. Rev Saúde Pública. 2016;50:81. https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006963

8. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. Arq Neuropsiquiatr. 2003;61(3B):777-81. https://doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014

9. Borges Gomes T, Dalla Vecchia M. Genograma e ecomapa ampliado como instrumentos de pesquisa e intervenção psicossocial. Rev Pesq Qual. 2023;11(28):710-27. https://doi.org/10.33361/RPQ.2023.v.11.n.28.658

10. Chiaverini DH, organizador. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: https://dms.ufpel.edu.br/sus/files/media/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf

11. Carneiro RB, Sanches IP, Valentim AM, Lima MKDG, Oliveira MJ. O ciclo de vida familiar orientado à promoção e prevenção da saúde. Rev APS. 2020;23(Supl 2):101-102. Disponível em: https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/33840/22713

12. Bonfim CB, Bernardo KJC, Castelar M. Atuação da psicologia no contexto da saúde coletiva e as políticas públicas direcionadas ao público idoso. Estud Interdiscip Envelhec. 2023;28. https://doi.org/10.22456/2316-2171.123507

13. Brasil. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Diário Oficial da União. 2003 out 3; Seção 1. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm

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. 2016;11(38):1-9. https://doi.org/10.5712/rbmfc11(38)953