



A IMPORTÂNCIA DO USO DO GENOGRAMA PARA COMPREENSÃO DA DINÂMICA FAMILIAR

THE IMPORTANCE OF USING GENOGRAMS FOR UNDERSTANDING OF FAMILY DYNAMICS

LA IMPORTANCIA DEL USO DEL GENOGRAMA PARA LA COMPRENSIÓN DE LA DINÁMICA FAMILIAR

Assis Porfirio Furtado Nogueira¹, Kerle Dayana Tavares de Lucena², Brenda Pavanelly Vieira Pinto³, Mayara Furtado Araújo⁴, Mayrla Camilly Carvalho de Ataíde⁵, Wilson Dantas Pedrosa Neto⁶, Layza de Souza Chaves Deininger⁷

RESUMO

Objetivo: descrever a experiência dos discentes de medicina na utilização do genograma para compreensão da dinâmica familiar. **Método:** estudo qualitativo, descritivo, do tipo relato de experiência, realizado por um estudante de medicina, com um grupo familiar em situação de vulnerabilidade social, durante o módulo horizontal de Atenção à Saúde II, sendo os dados coletados por meio de seis visitas domiciliares realizadas quinzenalmente de fevereiro a maio de 2015, em João Pessoa/PB, Brasil. **Resultados:** construiu-se o genograma familiar das três gerações da família acompanhada, constando-se doenças hereditárias, tipo de estrutura familiar, dados socioeconômicos dos integrantes da família do paciente índice e a produção de um plano de cuidado visando melhorar a qualidade de vida da família. **Conclusão:** a construção do genograma possibilitou uma melhor compreensão da dinâmica familiar com a produção de vínculo entre usuários e estudante, incorporando à formação dos acadêmicos de medicina uma visão para além do biologicismo. **Descritores:** Atenção Primária de Saúde; Educação Médica; Visita Domiciliar; Medicina Comunitária; Humanização; Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: to describe the experience of medical students in the use of genograms to understand family dynamics. **Method:** qualitative, descriptive case report study carried out by a medical student with a family group in a situation of social vulnerability during the horizontal module of Health Care II, with data collected through six home visits held every two weeks from February to May 2015 in João Pessoa-PB, Brazil. **Results:** the three-generation genogram of the family was constructed, including hereditary diseases, family structure type, socioeconomic data of the family members of the index patient, and a care plan was prepared aiming to improve the quality of life of the family. **Conclusion:** the construction of the genogram allowed a better understanding of the family dynamics, with creation of a link between users and the student, incorporating a vision beyond the biological perspective into the training of medical students. **Descriptors:** Primary Health Care; Medical Education; Home visit; Community Medicine; Humanization; Public Health.

RESUMEN

Objetivo: describir la experiencia de los estudiantes de medicina en la utilización del genograma para comprensión de la dinámica familiar. **Método:** estudio cualitativo, descriptivo, del tipo relato de experiencia, realizado por un estudiante de medicina, con un grupo familiar en situación de vulnerabilidad social, durante el módulo horizontal de Atención a la Salud II, siendo los datos recogidos por medio de seis visitas domiciliares realizadas quincenalmente de febrero a mayo de 2015, en João Pessoa/PB, Brasil. **Resultados:** se construyó el genograma familiar de las tres generaciones de la familia acompañada, constando enfermedades hereditarias, tipo de estructura familiar, datos socioeconómicos de los integrantes de la familia del paciente índice y la producción de un plano de cuidado visando mejorar la calidad de vida de la familia. **Conclusión:** la construcción del genograma posibilitó una mejor comprensión de la dinámica familiar con la producción de vínculo entre usuarios y estudiante, incorporando a la formación de los académicos de medicina una visión para más allá del biologicismo. **Descriptores:** Atención Primaria de Salud; Educación Médica; Visita Domiciliar; Medicina de la Comunidad; Humanización; Salud Pública.

^{1,3,5,6}Discentes, Curso de Medicina, Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba/FCM. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: assisporfirio@hotmail.com; brendapavanelly@gmail.com; ma.yr.la@hotmail.com; wilsondpn@hotmail.com; ²Enfermeira, Professora Doutora do Núcleo de Ciências Humanas, Sociais e Políticas Públicas, Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. Maceió (AL), Brasil. E-mail: kerdayana@gmail.com; ⁴Médica, Residência em Clínica Médica, Universidade Federal da Paraíba/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: mayara_furtado@outlook.com; ⁷Enfermeira, doutoranda em Modelos de Decisão e saúde UFPB, Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba/FCM. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: layzasousa12@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (MS) é responsável pela implementação e organização da Atenção Primária de Saúde (APS) no país. Esse modelo de atenção à saúde é a principal estratégia de reorientação e ordenação da assistência à saúde conforme os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A APS é representada, principalmente, pela Estratégia Saúde da Família (ESF), que prioriza ações de cuidado à saúde de indivíduos, família e comunidade, de forma contínua e integral.¹

Os profissionais da equipe devem ser capazes de resolver problemas de saúde individuais e coletivos no espaço da Unidade de Saúde da Família (USF) e quando necessário atendimento em domicílio com ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde no âmbito da APS.²

A abordagem familiar domiciliar permite o conhecimento da família e das possíveis disfuncionalidades que atingem o bem-estar biopsicossocial de seus componentes. Quando a abordagem é domiciliar, algumas questões sobre a estrutura familiar tornam-se explícitas e passíveis de observação mais fidedigna; como o caso de um paciente diabético descompensado, os profissionais podem estabelecer contato com todos os membros da família e visualizar *in loco* os seus hábitos alimentares e isso contribui para a construção do cuidado de maneira adequada.³

Alguns instrumentos de avaliação familiar podem ser utilizados como estratégia para auxiliar os profissionais de saúde a prestar assistência de forma integral. Assim, o genograma possibilita visualizar a conformação familiar e identificar, especialmente para este estudo, os laços de afetividade, sendo registradas informações sobre os sujeitos de um grupo familiar e suas relações abrangendo no mínimo três gerações, o que auxilia na compreensão de diversos problemas clínicos familiares e o trajeto ao longo do tempo e das gerações.⁴

A representação gráfica do genograma tem o intuito de apresentar a família por meio de símbolos preestabelecidos em um contexto familiar, sendo considerado uma ferramenta clínica que auxilia o trabalho para o profissional de saúde, sobretudo da Atenção Primária de Saúde. É um instrumento que funciona como “fotografia” psicossocial do paciente e do seu contexto familiar e da sua doença.⁵⁻⁶

Além disso, o uso do genograma baseia-se na ideia da história familiar extrapolando todo o contexto da família, isto é, determinados

padrões familiares podem estar presentes e repetindo-se há mais de uma geração, sejam eles positivos ou negativos.⁷ Dessa forma, os dados coletados por meio de um genograma familiar criterioso auxiliam o profissional a adotar estratégias direcionadas para os riscos identificados, projetando medidas ou programas no intuito de prevenir e resolver determinados problemas, considerando situações específicas de cada membro da família, os recursos disponíveis e necessários da família.

Nesse contexto, os acadêmicos por meio da experiência com as ferramentas de avaliação em saúde, visitas domiciliares e processo de construção de vínculo obtiveram uma compressão ampla da dinâmica familiar, além de possibilitar o reconhecimento das particularidades do grupo familiar acompanhado, sendo importantes para sua formação acadêmica.

OBJETIVO

- Descrever a experiência dos discentes de medicina na utilização do genograma para compreensão da dinâmica familiar.

MÉTODO

Estudo qualitativo, descritivo, do tipo relato de experiência, realizado no período de fevereiro a maio de 2015, pelos discentes do segundo período do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba/FCM, durante o módulo horizontal de Atenção à Saúde II. O local do estudo foi a área de atuação de uma Unidade de Saúde da Família do município de João Pessoa/PB.

Os alunos foram separados em duplas e cada uma se responsabilizou por acompanhar uma família. Os dados foram coletados por meio de seis visitas domiciliares realizadas quinzenalmente por discentes de medicina, sempre acompanhados por um Agente Comunitário de Saúde (ACS) responsável por cada família. As famílias visitadas foram escolhidas previamente pela equipe de saúde em uma reunião com a docente responsável pelo grupo. Os critérios utilizados para a escolha das famílias foram vulnerabilidade e situações que precisariam de um acompanhamento mais próximo dos profissionais de saúde, em que acadêmicos puderam utilizar o instrumento de abordagem familiar genograma e, com isso, traçar um plano de cuidados com a equipe de saúde a fim de melhorar a qualidade de vida das famílias acompanhadas.

As visitas eram realizadas sempre com um objetivo prévio a ser desenvolvido pelos

alunos. Dessa forma, a primeira visita teve como objetivo o primeiro contato com a família para iniciar o vínculo. A segunda teve como intuito conhecer todos os integrantes da família. O terceiro encontro consistiu na identificação da família quanto ao tipo de família, ciclo vital e a funcionalidade, e o quarto objetivou o retorno às famílias para a construção do genograma familiar. A quinta visita teve como finalidade o mapeamento dos recursos necessários e disponíveis, construindo, assim, um plano de cuidado, também foi realizada a despedida da família de forma lúdica; e a última visita ao território consistiu na apresentação do genograma familiar com a equipe de saúde de referência.

Os dados familiares coletados durante as visitas forneceram os dados necessários para a elaboração do genograma. Diante da posse desses dados, os acadêmicos construíram o genograma no *Genopro* que após a elaboração facilitou o entendimento dos dados coletados.

É válido salientar que por se tratar de um relato de experiência e seguir todos os preceitos éticos necessários para desenvolvimento deste estudo, não houve a necessidade de submeter o estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

O provedor do lar e paciente índice possuía 69 anos, hipertenso, histórico prévio de dois Acidentes Vasculares Encefálicos (AVE), Infecções urinárias recorrentes, negava Diabetes Mellitus(DM). O usuário encontrava-se acamado por consequência de uma paraplegia, a qual atribui a uma forte dor no dorso que o incomodava, e relata que, ao procurar um serviço de saúde a sua queixa foi pouco investigada pelos profissionais da unidade e que após algum tempo as dores começaram a aumentar, o que acabou causando sua deficiência física. O aposentado (com histórico profissional anterior de pedreiro e no corte de cana de açúcar), viúvo, teve 4 filhos.

O grupo familiar é composto pelo paciente índice, sua neta, cônjuge da mesma e uma senhora (descrita apenas como irmã da igreja, que não possuía nenhuma relação de parentesco com os outros integrantes da residência). Durante a primeira visita, o usuário escolhido para o desenvolvimento da atividade mostrou-se com uma forte crença religiosa de cura somente pela fé, sendo esse quadro caracterizado por profissionais da unidade como um transtorno psiquiátrico, visto que ele não procurava a Unidade de Saúde da Família (USF), tampouco tomava remédios ou fazia exames.

O genograma permitiu aos discentes identificar as fragilidades presentes naquela família, como a morte violenta da cônjuge do paciente índice e de dois dos seus filhos, evidenciando a violência frequente naquele ambiente e o êxodo dos demais para as grandes cidades em busca de uma melhor condições de vida, bem como a possibilidade de avaliar a presença de Diabetes Mellitus(DM) com amputação de membro no pai e na mãe, o que o coloca em situação de maior risco de desenvolver tal quadro e indica à Unidade a necessidade de se fazer um acompanhamento de prevenção para evitar a evolução para DM e suas complicações, bem como reconhecer as vulnerabilidades existentes.

Além disso, a utilização das ferramentas possibilitou uma avaliação das relações e a funcionalidade do grupo familiar e o grau de cuidado a que ele era submetido, além de perceber uma relação de cuidado/cuidador e dependência existente naquele grupo familiar devido às limitações físicas do paciente índice, o que alterava a rotina dos outros membros da família. Também se observou uma relação de distanciamento de todos os irmãos com o paciente, relação conflituosa com o seu neto, devido ao envolvimento do mesmo com ilicitude.

Os estudantes classificaram o grupo familiar e fase do ciclo vital da seguinte forma: o grupo familiar como alargado ou extenso, sendo constituído por duas gerações em diferentes fases do ciclo vital, em que o paciente índice se encontra como pessoa idosa, os filhos já foram criados e já conseguiram sua independência, estando na fase de viuvez, e outra parte do grupo familiar classificado como casal sem filhos.

A ferramenta de avaliação da funcionalidade da família utilizada possibilitou a classificação do grupo familiar como funcional, pois havia muita negociação com uma comunicação clara e direta, e as relações entre todos os indivíduos da residência eram harmoniosas entre eles, e mesmo, em alguns momentos havendo desacordos, havia uma boa resolubilidade.

A partir dos dados coletados, verificou-se, durante o período de visitas domiciliares, uma barreira entre o usuário e a equipe da USF devido à caracterização pelo paciente índice das patologias que o acometiam apenas como obras de um ser maligno e obras de feitiçaria, o que o fazia recusar a maioria dos tratamentos médicos, dificultando, com isso, a relação usuário x serviço de saúde prestado, como também possibilitou a discussão do quadro com outros membros da família e verificar que a igreja era parte fundamental

na vida daquele usuário, mas que dificultava o cuidado a partir do momento em que estimulava as suas crenças de que o mesmo seria curado das suas limitações físicas apenas pela fé no sobrenatural, distanciando-o, assim, dos tratamentos oferecidos pelos profissionais de saúde.

DISCUSSÃO

As atividades realizadas pelos alunos mostraram-se importantes para formação acadêmica a partir do momento em que os permitiram uma reflexão e análise das dificuldades a que serão submetidos ao ser inseridos no Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito da Atenção Básica, bem como Crevelim e Peduzzi acrescentam que um dos grandes desafios da equipe de saúde é construir possibilidades para que a população seja integrada ao processo de construção do trabalho em equipe.⁸

Segundo a consulta na literatura, observou-se que os problemas do grupo familiar são frequentes, havendo a importante necessidade de distinção entre enfermidades mentais e expressões da religiosidade, em que no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais apresenta uma nova categoria diagnóstica denominada Problema Religioso ou Espiritual. Outros dados também possibilitaram observar que mesmo com a grande quantidade de estudos em que se reconhece a importância da religiosidade para a saúde e promoção do cuidado, uma parcela importante dos profissionais da área da saúde não recebeu treinamento para lidar com essa questão, o que tem criado uma lacuna entre o cuidado desenvolvido e o conhecimento sobre a importância que a religião representa na vida dos pacientes.⁹

Ao longo do processo, os discentes perceberam um distanciamento do usuário com a Unidade de Saúde da Família (USF) e procuraram reestabelecer o vínculo, sendo esta uma importante ferramenta para o cuidado adequado e de forma integral como mostra Souza, Duarte que relata que o vínculo liga, aproxima e permite envolvimento mútuo entre sujeitos. O fortalecimento do vínculo entre a equipe de saúde da família e o usuário é de extrema relevância, visto que favorece a produção do cuidado mediante uma relação de confiança e partilha de compromissos. Além do mais, o vínculo possui uma estreita relação com a prática de cuidados, uma vez que ambos promovem sintonia, troca de afetos e convivência potencialmente reconstrutora de autonomias,¹⁰ sendo esta uma atividade importante na graduação para que os futuros médicos tenham a audácia e

competência necessária para reestabelecer o vínculo de confiança desse indivíduo, sendo esse observado em muitas literaturas como um dos principais desafios do médico, atualmente.

Observou-se nas visitas dados compatíveis com estudos em que se mostrou que as visitas domiciliares realizadas pelos ACS são pouco eficientes e com baixa resolubilidade dos problemas, além de pouco esclarecedoras a respeito do modelo de promoção de saúde, pois seus questionamentos são pautados em questões meramente biologicistas, voltadas apenas para a distribuição de receitas, remédios, encaminhamentos e solicitações de exames, entre outras, perdendo o foco principal da prevenção e promoção da saúde.¹¹

Além disso, percebeu-se que a ACS responsável pela família se apresentou despreparada ao rotular o paciente como portador de transtorno mental, sem o diagnóstico adequado da enfermidade. Essa situação, em muitos momentos, tornou as visitas domiciliares ineficientes, uma vez que a mesma mostrava pouca importância pelas queixas do paciente e suas necessidades, sendo as visitas rápidas e sem resolubilidade das necessidades do usuário, o que enfraquece o elo na construção do cuidado, sendo indispensável para os profissionais de saúde a realização de uma escuta qualificada, acolhedora, pois esta facilitará o reconhecimento dos seus problemas.¹²

A relação direta com os desafios enfrentados no cuidado constitui-se como parte fundamental na formação médica, visto que essa atuação está prevista nas diretrizes curriculares brasileiras para o ensino médico. O trabalho em equipe e a atenção integral à saúde devem nortear a formação dos profissionais médicos, desse modo cabe ao estudante centrar sua formação em um modelo biopsicossocial e centrado em uma equipe multiprofissional para a execução de um plano de cuidado eficiente.¹³

A aplicação destes instrumentos de abordagem familiar apresentou-se com uma grande importância para estender os conhecimentos e validá-los como recurso no vínculo com paciente - sua família, amigos, relações que estabelece com as pessoas e a comunidade, com a sua religião e com a USF.

Ao fim de cada visita domiciliar, realizava-se debates e troca de experiências com os outros integrantes da atividade com o intuito de compartilhar o aprendizado adquirido durante a visita para que todos os envolvidos tivessem ciência das fragilidades e desafios que cada grupo enfrentava para execução da

atividade e as diversas formas de exercer o cuidado de acordo com as particularidades de cada grupo, sendo essa a importância das reuniões de equipe, no cotidiano de trabalho, visto que são importantes dispositivos para a estruturação, organização, informação, estabelecimento de diretrizes e espaço de tomada de decisões.¹⁴

A proposta do módulo consiste em uma forma importante para enriquecer o processo de ensino-aprendizagem, permitindo ao discente ampliar o olhar para o contexto do paciente e avaliar o histórico familiar do mesmo, além de destacar a importância da relação social e familiar dos indivíduos no processo de saúde-doença e proporcionar um cuidado individualizado e humanizado, além de facilitar o estabelecimento de vínculo com os indivíduos com os quais dispõe-se a trabalhar.

O processo de construção do genograma buscou despertar nos estudantes a reflexão crítica sobre a importância dessa ferramenta fundamental para a execução da medicina, sobretudo na Atenção Básica, como é ratificado em muitos estudos em que se busca novas formas de abordagem eficiente, além de aproximar essa forma de abordagem familiar com os estudantes para que os futuros profissionais da saúde tenham maturidade e apresentem-se preparados para conduzir diferentes situações de cuidado.

Ao fim das atividades, apresentou-se o plano de cuidado construído pelos discentes, apoiando-se em um modelo multidisciplinar, e foi exposto para todos os profissionais da unidade com o intuito de auxiliar no trabalho dos profissionais daquela unidade de saúde como forma de retribuição a eles e às pessoas que serviram para a construção do conhecimento. Assim, foi exposto o plano de cuidado por cada grupo da atividade, sendo importante um plano de cuidado individualizado para a realidade de cada família em que se destaca a importância da construção dos planos de cuidado individualizados e ressalta-se a necessidade de um planejamento do cuidado com as famílias de pessoas, especialmente com condições crônicas, em distintos âmbitos de assistência à saúde, visto que a família vivencia diretamente o enfrentamento da condição crônica pelo indivíduo.¹⁵

Nesse contexto, o presente estudo evidenciou a visão dos discentes na utilização de ferramentas em saúde e construção de vínculo no processo de cuidado para compreensão da dinâmica familiar e sua importância para a formação acadêmica, porém, limita-se por ser uma abordagem

qualitativa, não possibilitando, desse modo, a formulação de hipóteses, visto que a abordagem busca analisar fatos não mensuráveis e baixa quantidade de estudos nacionais sobre o tema. Portanto, faz-se necessária uma maior quantidade de estudos, principalmente de natureza quantitativa, para possibilitar uma avaliação mais completa.

CONCLUSÃO

A experiência dos discentes com a utilização de ferramentas de saúde para avaliação e abordagem familiar mostrou-se importante para a formação profissional e acadêmica, pois além de aproximá-los dos desafios encontrados ao longo da construção do cuidado, também os tornou aptos a conduzirem o processo perpassando por todas as etapas da assistência à saúde integral, desde a criação de vínculo até a utilização de instrumentos para a construção de cuidado individualizado e com boa resolubilidade.

É relevante destacar a falta de preparo dos profissionais de saúde em conduzir situações complexas e particulares e que exigem grande dedicação e persistência, sendo eficientes para detectar as fragilidades e vulnerabilidades do grupo, mas que se mostraram pouco preparados durante o processo de resolução do problema. Houve grandes esforços dos discentes em reestabelecer o vínculo e confiança nas condutas propostas pela Unidade de Saúde e construção de um cuidado que refletisse na melhor qualidade de vida do grupo familiar.

A utilização das ferramentas em saúde permitiu a identificação de fragilidades, vulnerabilidade, patologias prevalentes, funcionalidades da família acompanhada, além de expor, sobretudo, a identificação das causas que a distanciava do cuidado oferecido pela Unidade de Saúde, sendo essa detecção importante para restaurar a confiança do usuário e reestabelecer o vínculo em algum momento quebrado.

REFERÊNCIAS

1. Grant RW, Altschuler A, Uratsu CS, Sanchez G, Schmittiel JA, Adams AS, Heisler M. Primary care visit preparation and communication for patients with poorly controlled diabetes: A qualitative study of patients and physicians. Primary Care Diabetes [Internet]. 2017 [cited 2017 Aug 8];11(2):148-53. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1751991816301267>.
2. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis AAC. The Coverage of the

Nogueira APF, Lucena KDT de, Pinto BPV et al.

A importância do uso do genograma para...

Family Health Strategy (FHS) in Brazil, according to the National Health Survey, 2013. *Ciencia Saude Colet* [Internet]. 2016 [cited 2014 Nov 8];21(2):327-38. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0327.pdf>

3. Voigt K, Bojanowski S, Taché S, Voigt R, Bergmann A. Home visits in primary care: contents and organisation in daily practice. Study protocol of a cross-sectional study. *BMJ Open* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 24];6(2):1-8. Available from: <http://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/6/2/e008209.full.pdf>

4. Costa RP. Graphical representation of families using Genopro (r): (re) discover the family genogram in the context of qualitative research. *Indagatio Didactica* [Internet]. 2013 [cited 2015 Aug 06];5(2):723-33. Available from:

<http://revistas.ua.pt/index.php/ID/article/viewFile/2486/2354>

5. Chapadeiro CA, Andrade HYSO, Araújo MRN. The family as the focus of health care. *Belo Horizonte: Nescon/UFMG* [Internet]. 2012 [cited 2015 Feb 20]. Available from: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca.pdf>

6. Souza IP, Bellato R, Araújo LFS, Almeida KBB. Genogram and Ecomapa as tools for understanding family care in chronic youth disease. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2015 Jan 25];25(4):153-65. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n4/pt_0104-0707-tce-25-04-1530015.pdf

7. Borges CD, Costa MM, Faria JG. Genogram and basic health care: in search of integrality. *Rev Psicol Saude* [Internet]. 2015 [cited 2016 Nov 24];7(2):133-41. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v7n2/v7n2a07.pdf>

8. Crevelim MA, Peduzzi M. Community participation in the family health team. How to establish a common project between workers and users. *Ciencia Saude Colet* [Internet]. 2014 [cited 2016 Nov 12];10(2):323-31. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a10v10n2>

9. Murakami R, Campos CJG. Religion and mental health: the challenge of integrating religiosity with patient care. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2015 Feb 15];65(2):361-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a24.pdf>.

10. Cavalcanti GMB, Deininger LSCs, Lucena KDT, Wanderley BMSP, Nunes JC. Internship in the basic care as instrument to the medical

training: experience report. *J Nurs UFPE online* [Internet]. 2016 [cited 2017 May 24];10(6):2286-93. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11246/12857>

11. Ilha S, Dias MV, Backes DS, Backes MS. Professional-user link in a family health strategy team. *Cienc Cuid Saude* [Internet]. 2014 [cited 2015 Nov 24];13(3):556-62. Available from: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:gG7FgEFMiKUJ:periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/19661/pdf_229+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br

12. Santos LNM, Pedrosa JIS, Rodrigues IDC, Freire MSS, Silva GRF, Luz MHBA. Interpersonal relations in the family health strategy: effects on nursing care quality. *J Nurs UFPE Online* [Internet]. 2014 [cited 2017 Jan 12];8(1):155-9. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9618/9600>

13. Crespo C, Santos S, Canavarro MC, Kielpikowski M, Pryor J, Féres-Carneiro T. Family routines and rituals in the context of chronic conditions: a review. *Int J Psychol* [Internet]. 2013 [cited 2017 Aug 1];48(5):729-46. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23848452>

14. Costa BEP, Hentschke MR, Silva ACC, Barros A, Salerno M, Poli-de-Figueiredo CE, Antonello IC, Lopes MHI. Reflections on the importance of the informal curriculum of the medical student. *Scientia Medica* [Internet]. 2012 [cited 2017 May 23];22(3):162-8. Available from: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/10052>

15. Grando M, Dall'agnol CM. Challenges of the group process in team meetings on family health strategy. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2010 [cited 2014 Nov 19];14(3):504-10. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a11>

Submissão: 07/08/2017

Aceito: 25/10/2017

Publicado: 01/12/2017

Correspondência

Assis Porfirio Furtado Nogueira
Rua Dr. João Franca, 780, Apt.101
Bairro Manaíra
CEP: 58038-190 – João Pessoa (PB), Brasil