

ABORDAGEM FAMILIAR COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO INTEGRAL E INTERDISCIPLINAR EM ESQUIZOFRENIA

FAMILY APPROACH AS INTEGRAL AND INTERDISCIPLINARY CARE STRATEGY IN SCHIZOPHRENIA

Ana Maria Santos¹
Caio César Oliveira²
Thamires Magalhães Nogueira³
Patrícia Helena Mendes⁴

¹Enfermeira Graduada pela Universidade Estadual de Montes Claros. Pós-graduanda em Saúde da Família, na modalidade Residência, pela Universidade Estadual de Montes Claros-UNIMONTES.

²Cirurgião-Dentista. Especializando da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Universidade Estadual de Montes Claros-UNIMONTES.

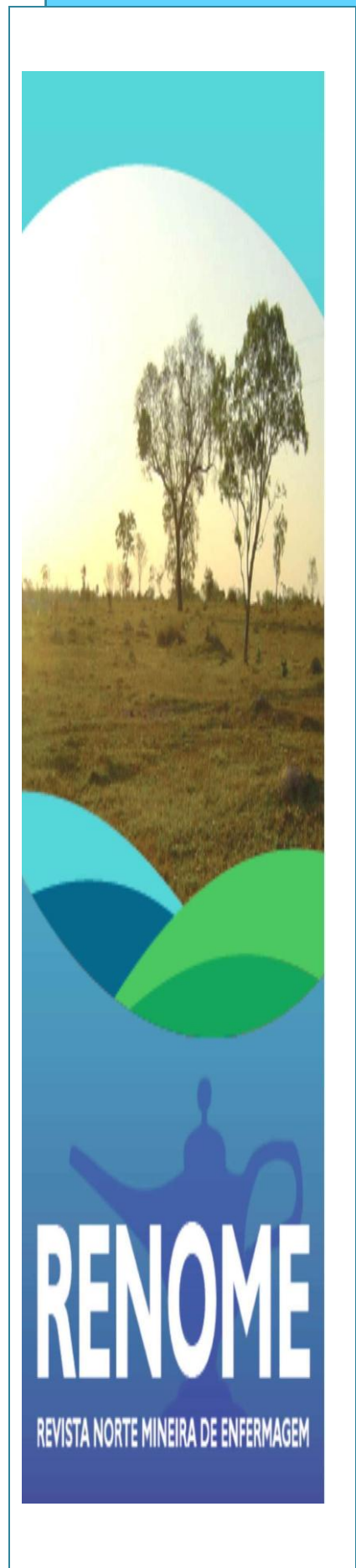
³Psicóloga. Especializada da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Universidade Estadual de Montes Claros-UNIMONTES.

⁴Cirurgiã-Dentista. Doutora em Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Montes Claros- UNIMONTES.

Autor para correspondência:

Ana Maria Santos
Universidade Estadual de Montes Claros
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS
Departamento de Enfermagem.
Avenida Rui Braga, Vila Mauricéia
Montes Claros- MG, Brasil
CEP: 39401-089
E-mail: anavitricia@yahoo.com.br

Resumo: Esta pesquisa objetivou relatar um estudo de caso em que a abordagem familiar foi empregada como estratégia de cuidado integral e interdisciplinar de um usuário portador de esquizofrenia. Para tanto, foram aplicadas as ferramentas de abordagem familiar: Genograma, FIRO, P.R.A.C.T.I.C.E. e Ciclo de Vida. Percebeu-se a relevância da utilização dessas ferramentas no trabalho das equipes. No acompanhamento



integral e longitudinal da esquizofrenia, essas ferramentas mostram-se capazes de permitir desenvolver atributos da ESF, como a atenção integral, a coordenação do cuidado, a focalização na família e a orientação comunitária.

Descritores: Esquizofrenia; Estratégia Saúde da Família; Relações Familiares; Relações Profissional-Família.

Abstract: This paper aims to report a case study in which the family approach was used as comprehensive and interdisciplinary care strategy for a patient bearing schizophrenia. For so, the familiar approach tools were applied: Genograma, FIRO, P.R.A.C.T.I.C.E. and Life Cycle. The relevance of the use of these tools in the work of the teams was perceived. In the integral and longitudinal follow-up of schizophrenia, these tools are able to allow the development of FHS's attributes, such as comprehensive care, coordination of care, family focus and community orientation.

Descriptors: Schizophrenia; Family Health Strategy; Family Relations; Professional-Family Relations.

Introdução

As concepções e compreensões sobre família sofreram muitas modificações com o passar do tempo, em decorrência de mudanças históricas e sociais. Alguns conceitos mencionam como requisito para ser família a existência de um espaço compartilhado, outros focam nas emoções entre os integrantes e há ainda os que referem ao compromisso assumido entre estes ⁽¹⁾.

Apesar de não haver consenso quanto à definição é bastante reconhecido que a família representa o alicerce de organização do espaço social imediato dos indivíduos, facilitando o enfrentamento das dificuldades da vida⁽²⁾. No entanto, mesmo cumprindo um papel social reconhecidamente importante, nem sempre a família foi considerada para a formulação das políticas públicas, seja no âmbito social ou da saúde.

O início da inclusão do tema família e a ênfase dessa nas pautas das políticas sociais data da década de 70, em um contexto mundial, tendo alcançado as políticas públicas de saúde no Brasil a partir da década de 90. A família como novo alvo das políticas públicas surge como reflexo

da percepção da fragmentação dessas políticas que se centravam tão somente no indivíduo, dissociado de seu contexto, apresentando assim, muitas limitações⁽³⁻⁵⁾.

Em 1994, surge, então, o Programa de Saúde da Família (PSF), baseado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e trazendo consigo outros pilares: família, território e responsabilização⁽⁶⁾. Em 1997 esse programa é transformado em estratégia e visa a uma mudança na lógica da prestação dos serviços de saúde de forma individual, curativa, medicamentosa e centrado na figura do médico, para um modelo multi e interprofissional, focado na família e pautado na promoção, prevenção, diagnóstico precoce, bem como no tratamento e na restauração da saúde⁽⁷⁾.

Uma vez que o *locus* de atuação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), centra-se na família, é imprescindível que os profissionais de saúde conheçam os grupos familiares para os quais prestam o serviço. Informações como a estrutura da família, seu funcionamento, em qual contexto social, cultural e econômico está inserida são fundamentais para que as ações sejam programadas e executadas em consonância com as necessidades dos usuários do serviço⁽¹⁾.

Nesse sentido, os profissionais de saúde podem lançar mão de tecnologias leves, como as ferramentas de abordagem familiar, as quais permitem promover relações de interação e subjetividade entre profissionais e usuários, gerando maior acolhimento, vínculo e responsabilização. Esses requisitos são fundamentais para a condução de um projeto terapêutico direcionado a patologias e problemas de saúde de difícil manejo, como a adesão ao tratamento de portadores de doenças crônicas, em que a atuação ativa da família é imprescindível para se alcançar bons resultados em saúde⁽⁸⁾.

Diante do exposto, a presente pesquisa tem como objetivo relatar um estudo de caso em que a abordagem familiar foi empregada como estratégia de cuidado integral e interdisciplinar na condução do projeto terapêutico de um usuário portador de esquizofrenia. Pretende-se ainda, a partir deste estudo, discutir sobre algumas das principais ferramentas utilizadas na abordagem familiar: Genograma, *Fundamental Interpersonal Relations Orientations*(FIRO), P.R.A.C.T.I.C.E. e Ciclo de Vida.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, qualitativo, do tipo Estudo de Caso em que as ferramentas de abordagem familiar foram empregadas por uma equipe de saúde da família no cuidado a um grupo familiar com um de seus membros portador de esquizofrenia.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas no domicílio da família e na unidade de saúde, entre os meses de outubro de 2015 e março de 2016. Os membros da família entrevistados foram a Sra. Joana e sua filha Letícia. Foram aplicadas as ferramentas Genograma, Ciclo de Vida Familiar, FIRO e P.R.A.C.T.I.C.E.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), e recebeu parecer favorável à sua realização – nº 572.244 de 27/03/2014. A família também consentiu com a realização do presente estudo e com a sua publicação, por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os nomes dos membros da família foram substituídos por pseudônimos, visando a assegurar o anonimato dos mesmos.

Resultados

Relato de caso

A usuária índice é a Sra. Joana, 51 anos, portadora de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e esquizofrenia. Segundo relatos da Agente Comunitária de Saúde (ACS), responsável pelo acompanhamento da família, e da filha Letícia, a usuária estaria apresentando-se extremamente agressiva e recusando-se a fazer uso da medicação antipsicótica oral.

A equipe multiprofissional de saúde da família realizou, assim, várias visitas domiciliares à usuária, porém, esta estava ausente em todas as tentativas. Dessa forma, as informações iniciais para condução do caso foram obtidas por meio de entrevistas com a filha Letícia, a qual relatou que nos momentos de crise a mãe sai de casa e volta horas depois, muito agitada. Relata ainda que os filhos não conseguem impedi-la, pois se apresenta muito agressiva.

A partir dos dados colhidos nas entrevistas com a filha, da revisão do prontuário e da discussão do caso no matriciamento em saúde mental, a equipe propôs um plano terapêutico para a cliente e decidiu realizar um estudo mais aprofundado da família por meio da aplicação de ferramentas de abordagem familiar. A aplicação das ferramentas possibilitou elucidar qual é o conceito de saúde concebido pelos membros; compreender a dinâmica familiar, sua estrutura, papéis e o modo de funcionamento; perceber os impactos do adoecimento de um membro na dinâmica familiar; identificar os fatores dificultadores e facilitadores à execução do plano terapêutico; intervir sobre esses fatores visando a potencializar as capacidades da família e auxiliá-la na identificação e reflexão sobre os pontos negativos.

Os sintomas psicóticos, a saber: delírios persecutórios, alucinações visuais e auditivas da Sra. Joana iniciaram há cerca de 15 anos, após a separação do então esposo, Sr. Antônio. Esse levou os três filhos do casal consigo e ameaçou se mudar com eles para São Paulo-SP, impedindo a mãe de vê-los. Na ocasião, a usuária tentou suicídio. Foi internada em hospital geral e em seguida transferida para o hospital psiquiátrico da cidade, onde permaneceu internada por cerca de 30 dias. A partir daí, passou a ser acompanhada por psiquiatra e a fazer uso de antipsicótico oral (haldol).

Nos últimos meses a usuária passou a recusar a medicação oral e a apresentar crises de agressividade. A equipe tentou, por diversas vezes, visitá-la, mas não a encontrava no seu domicílio. Foi feita, então, uma orientação à filha da paciente, para acionar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência(SAMU) para intervenção no momento de crise. A Sra. Joana foi medicada pela equipe do SAMU com haldol decanoato intramuscular e retornou ao serviço algumas semanas depois, estável e acompanhada pela filha. Em consulta médica foi mantido haldol decanoato intramuscular, uma ampola a cada 30 dias.

A partir daí a equipe passou a realizar visitas periódicas à usuária, a fim de ofertar suporte à família, acompanhar evolução do caso, bem como aplicar as ferramentas do estudo. Não ocorreram novas crises ao longo da execução deste estudo e a cliente tem comparecido mensalmente à unidade de saúde para administração da medicação e realização de consultas de cuidado continuado.

Genograma

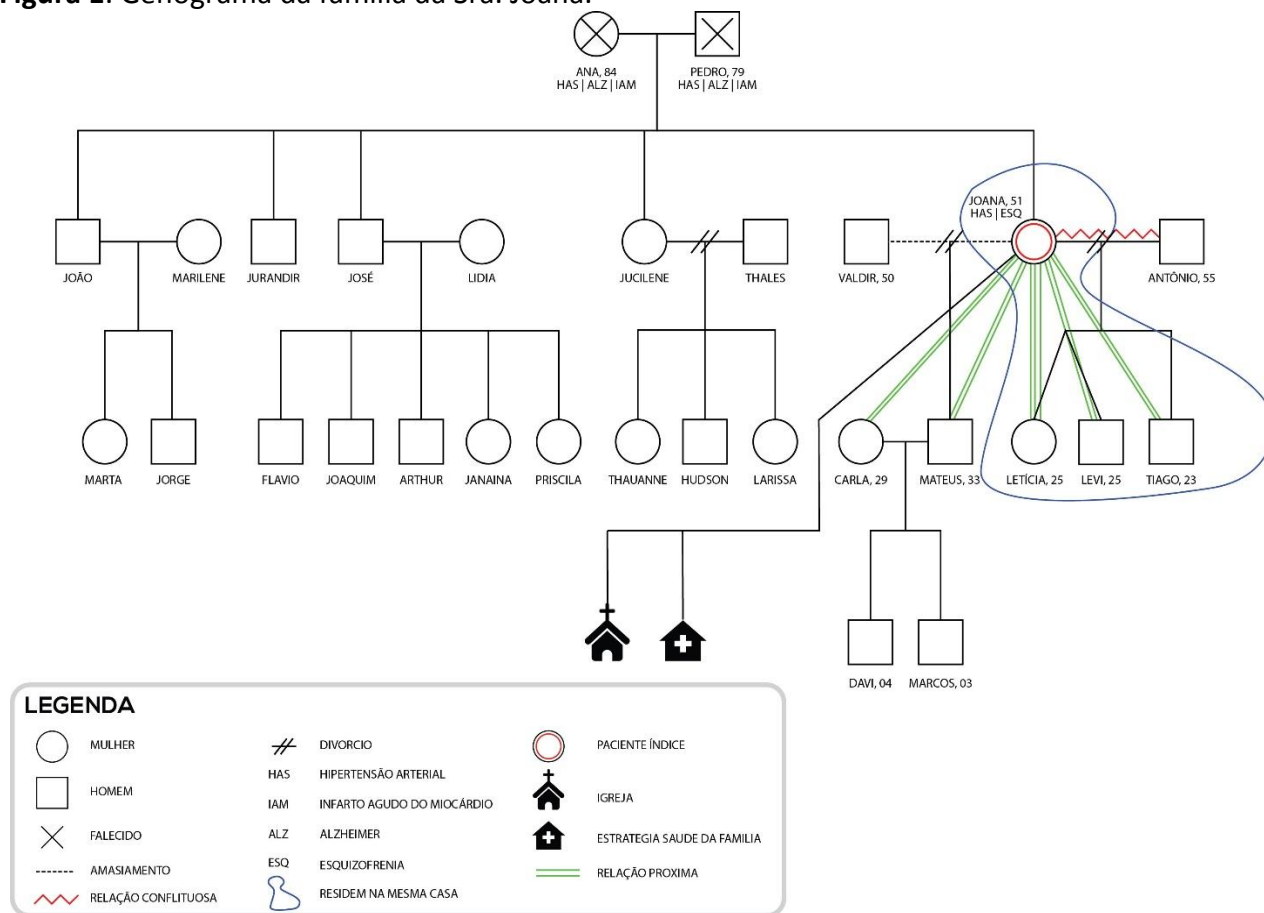
O genograma é um instrumento gráfico utilizado para uma melhor compreensão da dinâmica regente entre os membros de uma família. Nele, se descreve de maneira simplificada as relações e informações sobre familiares no decorrer de pelo menos três gerações. Possibilita a identificação dos problemas clínicos e das relações familiares e a repetição destes eventos nas gerações⁽⁹⁾.

A Sra. Joana, natural do Estado do Pernambuco, é filha de Ana e Pedro. A mãe era cardiopata, portadora de HAS e Mal de Alzheimer, e faleceu com cerca 84 anos, após sofrer uma parada cardíaca, supostamente por infarto agudo do miocárdio (IAM). O pai também era portador de HAS e Mal de Alzheimer, e faleceu com cerca de 79 anos, após sofrer um IAM fulminante, conforme apresentado em genograma (Figura 1).

A Sra. Joana reside atualmente com os filhos Levi, Letícia e Tiago, em casa própria, dotada de fornecimento de água tratada, rede de esgoto, energia elétrica e coleta pública de lixo. A rua em que moram não é pavimentada. A renda familiar não foi declarada, mas é composta pelo auxílio doença da Sra. Joana e dos rendimentos de seus filhos. Letícia trabalha meio período como babá, Levi é servente de pedreiro e Tiago é borracheiro.

Os principais recursos externos de suporte à família são a unidade de saúde da família e a igreja. A Sra. Joana é católica e participa ativamente de grupos de oração, tendo contato próximo com amigos e vizinhos que também fazem parte desses grupos como Dona Maria e Sr. José.

Figura 1. Genograma da família da Sra. Joana.



P.r.a.c.t.i.c.e

O esquema P.R.A.C.T.I.C.E. tem o seu nome derivado de um acróstico de palavras do seu sentido original, em inglês (*problem, roles, affect, communication, time in life, illness, coping, environment/ecology*)⁽¹⁰⁾.

“P” - “*problem*” refere-se ao problema apresentado pela família. “R” - “*roles and structure*” identifica aspectos que definem o papel dos membros na família. “A” - “*affect*” refere-se às demonstrações afetivas entre os membros da família e como estas interferem no problema apresentado. “C” - “*communication*” apresenta como é manifestada a comunicação entre os familiares (verbal e não verbal). “T” - “*time in life*” correlaciona o problema às tarefas que deveriam ser cumpridas pela família na atual etapa do ciclo de vida. “I” - “*illness in family*” resgata as doenças que são comuns na família e o enfrentamento para com as morbidades. “C” - “*coping with stress*” identifica possíveis fatores internos à família, os quais poderão ser utilizados para que haja uma mobilização no sentido de enfrentar o problema referido. “E” - “*environment and ecology*” indica os recursos disponíveis e os fatores sociais.

P – Problem – Problema apresentado:

- A esquizofrenia da Sra. Joana.
- Falta de adesão ao tratamento.

R – Roles – Papéis e estrutura:

- A Sra. Joana e a filha Letícia cuidam do serviço doméstico.
- Todos contribuem com os recursos financeiros necessários à manutenção da casa.
- Letícia é a principal responsável pelo cuidado com a mãe, é quem sempre a acompanha nas consultas.

A – Affect – Afeto:

O relacionamento da Sra. Joana com todos os filhos é próximo, principalmente com Letícia. Letícia está namorando um rapaz, que também apresenta bom relacionamento com a Sra. Joana. O relacionamento com Mateus, o filho já casado, com a nora e netos, também é próximo. Esses geralmente passam os finais de semana na casa da Sra. Joana.

C – Communication – Comunicação:

Letícia é a porta-voz da família. É quem geralmente procura a unidade de saúde e apresenta as demandas da família. Segundo os relatos, Mateus é o filho menos comunicativo.

T – Time in life – Tempo no ciclo de vida:

A família está no estágio *Família com centro de partida*, uma vez que os filhos já são adultos, estão buscando a independência financeira, encontram-se envolvidos em relacionamentos afetivos e se preparando para formar a própria família ⁽¹¹⁾.

I – Illness – Doenças na família, no passado e no presente:

Tanto o pai como a mãe da Sra. Joana eram portadores de HAS e do Mal de Alzheimer. A causa provável da morte dos dois foi IAM. O Sr. João, irmão da paciente índice, sofre de desmaios e faz uso de medicamento contínuo. As informantes não souberam precisar qual doença o acomete. Pela sintomatologia, suspeita-se de epilepsia, podendo ainda haver uma doença mental.

C – Copingwith stress - Lidando com estresse:

A família se apoia-se na religião para enfrentar os problemas e dificuldades que se apresentam, principalmente a Sra. Joana, que é muito envolvida nos grupos de oração.

A filha Letícia é a principal pessoa com quem os outros membros podem desabafar e buscar apoio nesses momentos.

E – EnvironmentorEcology – Ecologia ou meio ambiente:

A família conta com apoio externo da igreja e da Equipe de Saúde da Família.

F.I.R.O. (Fundamental InterpersonalRelationsOrientations)

Na década de 50, William Schutz propôs o método F.I.R.O., o qual se baseia em três dimensões de relações interpessoais colocadas como necessárias e suficientes para explicar a maioria das interações humanas ⁽¹²⁾.

O método identifica três necessidades básicas que todos os seres humanos compartilham: a necessidade de se sentir significativo, competente e ser amado. Essas necessidades são expressas em três níveis de interação humana: comportamento, sentimentos e autoconceito. Dentro de cada nível existem três principais áreas de preocupação humana: inclusão, controle e intimidade. A fim de alcançar um autoconceito satisfatório, todas as pessoas sempre buscam negociar a quantidade certa de inclusão, controle e intimidade que desejam para que possam sentir-se importantes, competentes e amados. Todos desejam sentir-se bem, o que permite interagir melhor com o outro, alcançando níveis mais elevados de satisfação em todas as áreas da vida e trabalho. O método F.I.R.O. oferece subsídios para desenvolver relações sustentáveis e colaborativas ⁽¹²⁾.

Inclusão

Estrutura: A filha Letícia exerce o papel de cuidadora da mãe e é porta-voz da família no serviço de saúde. Todos os membros da família contribuem financeiramente na manutenção do lar, inclusive a Sra. Joana, que recebe benefício do auxílio-doença.

Conectividade: a Sra. Joana tem bom relacionamento com os três filhos, em especial com a filha Letícia. Esse relacionamento ficou comprometido durante o período que a Sra. Joana parou de aderir ao tratamento e se tornou agressiva com os familiares.

Modos de compartilhar: Eventualmente, a família se reúne para almoçar aos domingos. O filho Mateus, a nora Carla e o netos Davi e Marcos também costumam estar presentes nessas reuniões de família, assim como os companheiros(as) dos outros filhos.

Controle

A doença prejudicou em certo grau a capacidade da Sra. Joana de exercer o controle da família, tomar decisões importantes e exercer atividades laborais, o que se acentua quando essa está em crise. Consequentemente, os filhos desenvolveram a maturidade precocemente, uma vez que tiveram de começar a trabalhar, além de auxiliar a mãe em diversas questões por não conseguir resolver sozinha, como ir às consultas, tomar a medicação nos intervalos prescritos, questões bancárias e outras. No momento, entende-se que o controle da família é colaborativo entre seus membros, uma vez que cada um exerce influência conforme suas capacidades.

Intimidade

A Sra. Joana e os filhos têm bom relacionamento. Quando está em crise, a cliente perde a capacidade de expressar adequadamente os seus sentimentos. Nesses momentos, os filhos expressam angústia e ansiedade diante da situação de saúde da mãe, especialmente Letícia, que é a porta-voz da família.

Ciclo de vida familiar

As famílias seguem o curso de desenvolvimento em ciclos, bem como todas as pessoas. Para cada ciclo, se espera que determinados papéis e tarefas sejam cumpridos. Problemas e patologias podem estar associados à dificuldade em cumprir os papéis que são esperados dos indivíduos na família. Essa ferramenta permite que se analise cada estágio, a fim de se avaliar o desempenho dos membros da família nos papéis que seriam esperados dos mesmos⁽¹⁰⁾.

A família desse estudo é monoparental, uma vez que vivem no mesmo lar apenas a mãe e os filhos. Esses são jovens adultos, sendo um casado e os demais em relacionamentos. Todos os filhos estão inseridos no mercado de trabalho em busca da independência financeira.

A família está no estágio *Família como centro de partida* ⁽¹¹⁾ e precisa se preparar para passar adequadamente por essa fase. A Sra. Joana necessita do acompanhamento dos filhos em virtude da doença. Apesar de ter bom relacionamento com seus irmãos, alguns desses moram em outros municípios, e os filhos são os familiares que estão, realmente, mais próximos a ela. À medida que os filhos forem se casando e deixando a casa da mãe, eles deverão negociar e dividir a responsabilidade pela assistência à mesma. Considerando que essa não tem condições de assumir todas as responsabilidades concernentes a si, um dos filhos deverá morar com a mãe, contratar um profissional para dar suporte nos cuidados, ou ainda morar bem próximo a ela, de modo que as visitas sejam diárias ou com frequência próxima a isso. A equipe de saúde deve estar pronta para dar suporte à Sra. Joana e aos filhos nessas decisões.

Discussão

A partir da aplicação das ferramentas foi possível compreender o problema vivenciado pela família: a psicose da Sra. Joana e sua falta de adesão à medicação oral, a repercussão desse problema na família e como esta se organiza para superá-lo. Dessa forma, percebe-se que a aplicação das ferramentas de abordagem familiar ao mesmo tempo que possui função diagnóstica, também assume função terapêutica, já que durante as entrevistas o profissional de saúde, ao prestar esclarecimentos a respeito da doença e do tratamento, identifica junto à família, as estratégias para enfrentamento dos problemas, de acordo com as interações entre os membros da família e o grau de resiliência da mesma.

Esse estudo permitiu refletir sobre os desafios do cuidado em saúde mental no território partilhado pelas famílias e profissionais.

A Reforma Psiquiátrica, acontecida no Brasil no final da década de 70 com a participação de diversos segmentos sociais incluindo os trabalhadores de saúde mental, usuários dos serviços e seus familiares, teve como principal objetivo a transição do paradigma hospitalocêntrico para o modelo psicossocial, por meio da gradativa substituição dos hospitais psiquiátricos por serviços substitutivos, como os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) organizados em uma rede, denominada Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) ⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Dessa forma, passou-se de uma lógica de isolamento e exclusão dos sujeitos em sofrimento mental, privados muitas vezes até mesmo do contato com a família, para a lógica de reinserção

social desse sujeito, por meio do resgate ou estabelecimento de sua cidadania, da reintegração à família e à sociedade em um processo de desinstitucionalização ⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Ao mesmo tempo que a reinserção desses sujeitos nos territórios representou um avanço no sentido de proporcionar uma assistência humanizada e uma perspectiva de tratamento, trouxe também grandes desafios.

A ESF exerce papel fundamental nesse processo. Trata-se do serviço ordenador da RAPS e está mais próxima das famílias e comunidades que qualquer outro serviço podendo contribuir e muito no enfrentamento dos agravos de ordem psíquica ⁽¹⁷⁾.

A família também se coloca como necessária ao tratamento do sujeito, além de ser um espaço de provimento de cuidado. O estabelecimento de parceria entre os profissionais e a família do sujeito em sofrimento mental é de grande importância. Essa parceria deve envolver mais do que a simples aceitação passiva de cuidado por parte da família ou o mero fornecimento de informações por parte da equipe. Ao contrário, cabe aos profissionais de saúde ter a habilidade de perceber as famílias como ativas no cuidado, mas também a de acolher as suas fragilidades, ofertando-lhe o suporte necessário, levando em consideração a complexidade que o cuidado doméstico a esse sujeito representa ^(15,18).

A atuação das equipes multiprofissionais de saúde família em saúde mental deve estar fundamentada nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, como o princípio da desinstitucionalização. O objetivo é manter a pessoa em sofrimento mental em seu território garantindo a preservação dos seus vínculos com seus familiares e suas redes sociais ⁽¹⁸⁾.

Para tanto, se faz necessária uma maior compreensão acerca do funcionamento da família para maior possibilidade de atuação junto à mesma. Os profissionais de saúde devem incorporar as tecnologias relacionais ou tecnologias leves como as ferramentas de abordagem familiar^(15,19). Essas ferramentas permitem fortalecer o vínculo entre profissionais e famílias, promover uma compreensão mais aprofundada do funcionamento do indivíduo e de suas relações com a família e a comunidade ⁽²⁰⁾. Conhecer e envolver a família é essencial no cuidado aos indivíduos com transtornos mentais ⁽¹⁵⁾.

Entre as pessoas caracterizadas como portadoras de sofrimento mental tem-se as ditas portadoras de esquizofrenia, caso da paciente índice. A esquizofrenia caracteriza-se por delírios e alucinações, transtornos de pensamento e fala, perturbação das emoções e do afeto, comprometimento cognitivos e avolição e outros, que se iniciam geralmente na adolescência ou início da idade adulta ⁽²¹⁾. Tais comportamentos podem ser percebidos pelos familiares e amigos

e pelas equipes de saúde família de modo precoce, dada a sua posição privilegiada de proximidade com os indivíduos ^(15,21).

Por fim, há que se destacar a importância da integralidade do cuidado aos usuários em sofrimento mental, aos quais, muitas vezes, são negligenciados. Tais indivíduos, como quaisquer outros, devem ser compreendidos em sua totalidade e atendidos de modo integral, em consonância com o princípio fundamental do SUS que versa sobre tal questão⁽¹⁵⁾. Para tanto, os profissionais das equipes multiprofissionais de saúde da família, após realizarem uma avaliação coletiva das necessidades em saúde do indivíduo e sua família, devem elaborar projetos terapêuticos direcionados a todas as necessidades identificadas, que incorporem os conhecimentos das diferentes categorias profissionais ⁽²²⁾.

Considerações finais

Diante do exposto, foi possível perceber a relevância da utilização das ferramentas de abordagem familiar no contexto do trabalho das equipes multiprofissionais de saúde da família. No acompanhamento integral e longitudinal de doenças crônicas de difícil manejo, como é o caso da esquizofrenia, essas ferramentas mostram-se capazes de permitir desenvolver os atributos da ESF, como a atenção integral, a coordenação do cuidado, a focalização na família e a orientação comunitária. No contexto desse estudo, a aplicação das ferramentas permitiu solucionar os problemas identificados *a priori*, uma vez que, durante as entrevistas, foi possível esclarecer as dúvidas da família a respeito da doença e do tratamento, negociar a mudança da medicação via oral para injetável e promover melhor adesão da usuária e maior responsabilização pelos familiares, além de fortalecer o vínculo com a equipe assistencial. Entende-se que na continuidade do cuidado podem surgir situações que demande intervenções para além da aplicação dessas ferramentas ou, ainda, a necessidade de reaplicação das mesmas, dada a dinamicidade da família. O estudo reforçou a potencialidade da ESF em lidar com indivíduos portadores de agravos em saúde mental sem necessariamente encaminhá-los para serviços especializados.

Referências

1. Melo DF, Viera CS, Sempionato E, Biasoli-Alves ZMM, Nascimento LC. Genograma e ecomapa: possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família. *Rev.bras.crescimentodesenvolv.hum.* 2005;15(1):79-89.
2. Wortman K. *A Família das Mulheres*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1987.
3. Carneiro TS, Vasconcelos KEL, Silveira SAS. Família e políticas sociais: o Saúde da Família posto em questão. In: III Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2007, São Luís/MA. *Questão social e desenvolvimento no século XXI*, 2007.
4. Oliveira RG, Marcon SS. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. *RevEscEnferm USP.* 2007;41(1):65-72.
5. Vasconcelos EM. A Priorização da Família na Política de Saúde. *Revista Saúde em Debate.* 1999;23(53):6-19.
6. Marqui ABT, Jahn AC, Resta DG, Colome ICS, Rosa N, Zanon T. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. *Rev.esc.enferm.USP.* 2010;44(4):956-961.
7. Costa DC, Cotta RMM, Ferreira MLSM, Reis JR, Franceschini SCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev. bras. enferm.* 2009;62(1):113-118.
8. Ferri SMN, Pereira, MJB, Mishima SM, Caccia-Bava MCG, Almeida MCP. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. *Interface.* 2007;11(23):515-529.
9. McGoldrick M, Gerson R, Petry S. *Genogramas: avaliação e intervenção familiar*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
10. Moysés SJ, Silveira Filho AD. *Os dizeres da boca em Curitiba: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis*. Rio de Janeiro: CEBES; 2002.

11. Whaley L, Wong DL. Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan; 1989.
12. Blackman C. A Brief Summary of FIRO Theory. São Francisco: BCon WSA International, 2010. Disponível em: <http://www.thesweden.se/files/FIRO-a_brief_summary_of_firo_theory.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2016.
13. Dias MTG. A reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental : uma análise a partir do serviço residencial terapêutico morada São Pedro. Tese (Doutorado) – Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação Serviço Social. PUCRS, 2007.
14. Mielke FB, Kohlrausch E, Olschowsky A, Shneider JF. A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. Rev. Eletr. Enf. 2010;12(4):761-5.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cadernos de Atenção Básica 34: Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
16. Campo IO, Saeki T. Programas de desinstitucionalização: estratégias das políticas de saúde mental. Saúde em Debate. 2009;33(83):474-83.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
18. Correia VR, Barros S, Colvero LA. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. Rev. Esc. Enferm. USP. 2011;45(6):1501-6.
19. Franco TB, Mehry EE. PSF: contradições e novos desafios. In: Conferência Nacional de Saúde. Tribuna Livre 2000. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-17.pdf>. Acesso em 02 mar. 2016.
20. Silveira Filho AD, Oliveira CA, Ribeiro EM, Lopes MGD. Programa Saúde da Família em Curitiba: estratégia de implantação da vigilância à saúde. In: Ducci L, Pedotti MA, Simão MG, Moyses SJ. Curitiba: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro: CEBES; 2001.

21. Silva RCB. Esquizofrenia: uma revisão. *Psicol. USP.* 2006;17(4):263-85.
22. Pinto DM, Jorge MSB, Pinto AGA, Cavalcante CM, Flores AZT, et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Texto Contexto Enferm.* 2011;20(3):493-502.