

ABORDAGEM FAMILIAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA UTILIZANDO AS FERRAMENTAS DE ACESSO NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Approach in the Family Health Strategy using the Family Access Tools in care in Mental Health

Quíria França Rodrigues¹

Thiago Antunes Oliveira²

Rosângela Silveira³

Renata Francine Rodrigues de Oliveira⁴

Keyla Paiva Marinho⁵

Ludimilla Rodrigues Campolina⁶

Resumo: o trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, principal modelo de atenção primária à saúde, considera a família como locus básico de atuação. No entanto, em situações de difícil manejo clínico, torna-se necessária a aplicação das ferramentas de abordagem familiar como estratégia para identificação de entraves no âmbito familiar que podem interferir no processo terapêutico. Além disso, no cuidado em saúde mental, este processo é fundamental para melhor compreensão e condução dos casos. Este trabalho objetiva relatar um estudo de caso conduzido por profissionais de uma equipe da Estratégia Saúde da Família do município de Montes Claros - Minas Gerais, em que, através do emprego das Ferramentas de Abordagem Familiar, foi possível uma maior compreensão sobre a relação do sujeito, em análise, integrado na dinâmica familiar e como esta interação interfere em sua terapêutica. Observou-se que a utilização de tais instrumentos permite desenvolver o cuidado integral, baseado na realidade vivenciada pelo sujeito e que o trabalho interdisciplinar dos profissionais de saúde é fundamental para oferecer suporte à família e potencializar suas capacidades e melhorar a qualidade de vida.

Palavras-chave: Atenção à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Saúde Mental e Ferramentas de Abordagem Familiar.

1 Graduação em Odontologia pela Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES. Residente do Programa Multiprofissional em Saúde da Família pelo Hospital Universitário Clemente de Farias - HUCF.

2 Graduação em Psicologia. Residente do Programa Multiprofissional em Saúde da Família pelo Hospital Universitário Clemente de Farias - HUCF.

3 Doutora em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG.

4 Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES.

5 Odontóloga Residente do Programa Multiprofissional em Saúde da Família pelo Hospital Universitário Clemente de Farias - HUCF.

6 Enfermeira Residente do Programa Multiprofissional em Saúde da Família pelo Hospital Universitário Clemente de Farias - HUCF.

Abstract: the work of the professionals of the Family Health Strategy, the main model of primary health care, consider the family as a basic locus of action. However, in situations of difficult clinical management, the application of the familiar approach of tools becomes necessary as a strategy for identifying barriers within the family that may interfere with the therapeutic process. In addition, the mental health care this process is essential for a better understanding and management of cases. This study reports a case study conducted by professionals from a Health Strategy Team Montes Claros county Family - Minas Gerais, in which, through the use of Family Tools greater understanding of the subject's relationship was possible in analysis, integrated into the family dynamics and how this interaction interferes with their therapy. It was observed that the use of such instruments enables the development of comprehensive care, based on the reality experienced by the subject and that the interdisciplinary work of health professionals is essential to support families and enhance their skills and improve the quality of life.

Keywords: Health Care; Family Health Strategy; Mental Health and Tools Family Approach.

INTRODUÇÃO

A assistência à saúde vem, atualmente, passando por uma reorganização da prática assistencial sob novos paradigmas que propõem a substituição do modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e para a atenção hospitalar, dando ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS) que propõe a promoção à saúde com enfoque em contextos territoriais. Na prática, este novo modelo de assistência se materializa, no Brasil, na Estratégia Saúde da Família (ESF) que foi concebida pelo Ministério da Saúde, na década de 90¹.

Atualmente, o trabalho tendo como *locus* a família na ESF, também, tem se tornado uma estratégia do novo modelo de atenção à saúde mental. Anteriormente, o principal tratamento para doenças mentais era o asilar, que se caracterizava no isolamento da pessoa da comunidade e desrespeito com os direitos humanos. Este modelo se tornou incompatível com a política de atenção em saúde mental².

A questão de saúde mental, inserida no contexto do SUS, está marcada pela busca da construção de novos modelos de atenção, influenciados pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica².

A Estratégia Saúde da Família representa um esforço para reverter a forma atual de prestação de assistência à saúde e, ao mesmo tempo, constitui-se em uma proposta de reorganização da atenção básica como eixo de reorientação do modelo assistencial, respondendo a uma nova concepção de saúde. O objetivo desta estratégia é a atenção centrada na família^{1,2}.

A família pode ser conceituada como um sistema interpessoal formado por pessoas que se interagem por variados motivos dentro de um processo histórico de vida mesmo sem habitar o mesmo espaço físico³.

Focando a família, amplia-se a noção de atenção integral à saúde, em que, a partir de um paciente, as ações são desdobradas para o grupo, com a organização de práticas preventivas coletivas e de promoção de saúde⁴.

Para Wagner *et al.*⁵, trabalhar com famílias exige a incorporação de um método “relacional” embasado na abordagem humanista, desenvolvida por meio da compreensão do funcionamento sistêmico da família e da aplicação do método clínico centrado no paciente.

Por sua vez, o trabalho com famílias, principalmente em situação de risco, tem um percurso dinâmico e complexo porque envolve sujeitos, histórias e processos sócio-culturais, fazendo com que a abordagem sofra constantes reformulações. Para facilitar este processo, diversos autores sugerem a utilização de ferramentas de acesso à família⁵.

As ferramentas de trabalho com famílias, também conhecidas como ferramentas de abordagem na saúde da família, são tecnologias relacionais, oriundas da Sociologia e da Psicologia, que visam estreitar as relações entre profissionais e famílias^{6,7}. Dentre as ferramentas de avaliação usadas na atenção primária pelas equipes estão: o Genograma, o F.I.R.O. (*Fundamental Interpersonal Relations Orientations*), o P.R.A.C.T.I.C.E. (*Problem, Roles, Affect, Communication, Time in life, Illness, Coping with stress, Environment/ecology*), o Ciclo de Vida das Famílias e a Conferência Familiar, descritos a seguir.

Genograma

Desde meados da década de 1950, o genograma tem sido utilizado como instrumento em Terapia Familiar Sistêmica (TFS) como forma de obter informações da constituição familiar. Constituem retratos gráficos da história e do padrão fa-

miliar, que identificam a estrutura básica, o funcionamento e os relacionamentos da família e, assim, evidenciam estressores, constituindo um mapa relacional do paciente e sua família. De fácil execução e por seu formato gráfico, o genograma facilita a visualização do contexto familiar e de suas principais características, reunindo maiores possibilidades de detecção dos aspectos psicossociais⁸.

F.I.R.O.

As proposições do modelo F.I.R.O., quanto ao estudo das famílias, são aplicáveis em quatro situações: quando as interações na família podem ser categorizadas nas dimensões inclusão, controle e intimidade, ou seja, a família pode ser estudada quanto às suas relações de poder, comunicação e afeto; quando a família sofre mudanças importantes, ou ritos de passagem; quando a inclusão, o controle e a intimidade constituem uma sequência inerente

ao desenvolvimento para o manejo de mudanças da família e quando as três dimensões anteriores constituem uma sequência lógica de prioridades para o tratamento: inclusão, controle e intimidade^{5,9}.

Essa ferramenta é muito útil quando nos deparamos com situações de doenças agudas, de hospitalizações ou acompanhamento das doenças crônicas, pois a família deverá negociar, entre seus membros, possíveis alterações de papéis decorrentes das crises familiares advindas dessas situações^{5,9}.

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

O esquema P.R.A.C.T.I.C.E. opera por momentos de entrevista familiar e representa o acróstico das seguintes palavras do original em inglês *Problem, Roles, Affect, Communication, Time in life, Illness, Coping with stress, Environment/ecology*⁹, que estão detalhadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Ferramenta de família P.R.A.C.T.I.C.E. para manejo de famílias:

Aspectos abrangentes na ferramenta de família P.R.A.C.T.I.C.E.

<i>P – Problema apresentado (Problem):</i>	Compreensão o significado daquele problema, muitas vezes o motivo da queixa, da autopercepção e da busca de atendimento por parte da família. Permite compreender como aquela família vê e enfrenta o problema
<i>R – Papéis e estrutura (Roles and structure):</i>	O momento aprofunda aspectos do desempenho dos papéis de cada um dos membros e como eles evoluem a partir dos seus posicionamentos.
<i>A – Afeto (Affect):</i>	O momento reconhece como se estabelecem as demonstrações de afeto entre os familiares e como essa troca afetiva pode interferir, positivamente ou negativamente, no problema apresentado.
<i>C – Comunicação (Communication):</i>	O momento ajuda a observar como se dá a comunicação verbal e não verbal dentro da família.
<i>T – Tempo no ciclo de vida (Time in life):</i>	O momento correlaciona o problema com as tarefas esperadas dentro do ciclo de vida a serem desempenhadas pelos membros daquela família, tentando verificar onde pode estar situada a dificuldade.
<i>I – Doenças na família, passadas e presentes (Illness in family):</i>	O momento resgata a morbidade familiar, valoriza as atitudes e os cuidados frente às situações vividas e trabalha com a perspectiva de longitudinalidade do cuidado.
<i>C – Lidando com o estresse (Coping with stress)</i>	O momento parte das experiências descritas, buscando identificar fontes de recursos internos à própria família, que possam ser mobilizados para o enfrentamento do problema atual.
<i>E – Meio ambiente ou Ecologia (Environment)</i>	O momento identifica o tipo de sustentação familiar e como podem ser mobilizados todos os recursos disponíveis para manejar o problema em questão.

O esquema P.R.A.C.T.I.C.E. foi desenvolvido para o manejo das situações mais difíceis. É focado na resolução de problemas, o que permite uma aproximação com várias interfaces que criam problemas para as famílias analisadas. Deve ser aplicado sob a forma de uma conferência familiar e a abordagem pode se dar em diversas aproximações^{9,10}.

Ciclo de Vida

A análise do Ciclo de Vida permite auxiliar a família na compreensão das tarefas que devem ser cumpridas para atravessar transformações. É importante ressaltar que não se pode ignorar o contexto social, econômico e político e seu impacto sobre as famílias, movendo-se através de fases diferentes do ciclo de vida em cada momento na história⁸⁻¹¹.

Dentre os modelos de classificação do ciclo familiar, o modelo proposto por Filho e Anderson¹² se destaca por se aproximar da realidade das comunidades prioritárias de enfrentamento das ESF no país

As etapas do ciclo de vida familiar de classe popular são três, conforme Filho e Anderson¹²:

- Família composta por jovem-adulto – os adolescentes das famílias de classe popular são frequentemente obrigados a sair de casa para prover a própria subsistência;
- Família com filhos pequenos – esse estágio ocupa a maior parte do período de vida familiar e geralmente inclui estruturas domésticas com três ou quatro gerações;
- Família no estágio tardio – nesta etapa, não é provável que haja um ninho vazio de fato. Os idosos costumam constituir membros ativos da família.

Conferência Familiar

Dentre as formas de intervenções familiares, são adotadas palestras, escutas individuais e em grupo e as conferências familiares. Entre elas, destaca-se a Conferência Familiar, que consiste em um instrumento de trabalho dos profissionais de saúde para apoiar as famílias e maximizar o sucesso de suas intervenções¹³.

A Conferência Familiar consiste em uma reunião com todos os membros familiares e profissionais envolvidos, em que serão discutidos os problemas dos diferentes participantes, as várias opções de resolução dos problemas. Após a reunião, deve-se estabelecer um plano de atuação consensual para o doente/família e equipe^{5,13}.

Levando-se em consideração as novas formações familiares na realidade, o presente estudo trata-se de um relato de caso de abordagem de famílias no cuidado em saúde mental no contexto ESF, utilizando as ferramentas de avaliação e abordagem¹³.

Para tanto, foram realizadas visitas domiciliares à casa do paciente entre os meses de outubro de 2014 e fevereiro de 2015, momentos em que foram realizadas entrevistas semi-estruturadas fundamentadas pelas ferramentas Genograma, F.I.R.O., P.R.A.C.T.I.C.E. e Ciclo de Vida Familiar. Logo após, foi realizada a Conferência Familiar. Todos os membros da família foram entrevistados, exceto a mãe. A partir dessas entrevistas, foi possível identificar a dinâmica e a história da família que consentiu na publicação deste relato, após ser resguardado o anonimato de seus membros e assinatura do termo de consentimento.

Este Estudo de Caso faz parte do Projeto de Pesquisa que foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, parecer favorável número 572.244 de 27/03/2014.

RELATO DO CASO

Durante uma consulta clínica da equipe de enfermagem, foi observado na paciente Ávila (os nomes relatados na descrição deste relato são fictícios) apresentava manchas arrocheadas em seus braços e costas. Quando questionada, a paciente relatou que possui um filho esquizofrênico que era muito violento devido à resistência ao tratamento instituído a ele. A paciente queixou-se de grande sofrimento familiar causado pelas crises frequentes do filho.

A família estudada é composta pelo paciente-índice (Ávila), seu filho (Kaio), seu marido (Edson), sua filha (Daniele) e sua mãe (Maria). Moram em casa própria, que possui dois quartos, uma sala, uma cozinha, o banheiro fora da casa e quintal. Casa de construção antiga, com cômodos pequenos.

Ávila e seu marido Edson, anteriormente, trabalhavam juntos em um restaurante à beira de estrada e também como fornecedores de salgados. Eles tiveram dois filhos, Kaio e Daniele. Aos 15 anos Kaio começou a demonstrar certa agressividade. Aos 18 anos Caio teve seu primeiro surto.

O Caio apresenta crises graves de esquizofrenia com episódios frequentes de violência dirigidas aos moradores de casa, principalmente à mãe e à avó. No momento da primeira entrevista, Kaio se encontrava com 20 anos, sob a terapia medicamentosa de quatro ampolas de aldol, a cada quinze dias, e um comprimido de clonazepam ao dia. No entanto, nem sempre fazia o uso da medicação por supor que já estava “curado”.

O pai do Kaio, no momento das primeiras visitas, afirmou que é impossibilitado de trabalhar, pois tem medo de deixar a esposa e a sogra sozinhas com o Kaio. Relatou, ainda, que pretende abandonar

a família pois não suporta mais a situação.

Diante do quadro familiar apresentado, foi identificada a pertinência do uso das Ferramentas de Acesso à família do paciente Kaio com o objetivo de melhor compreender sua dinâmica, e, a partir de então, contribuir para ajudá-la a se reorganizar para enfrentar seus problemas.

Genograma:

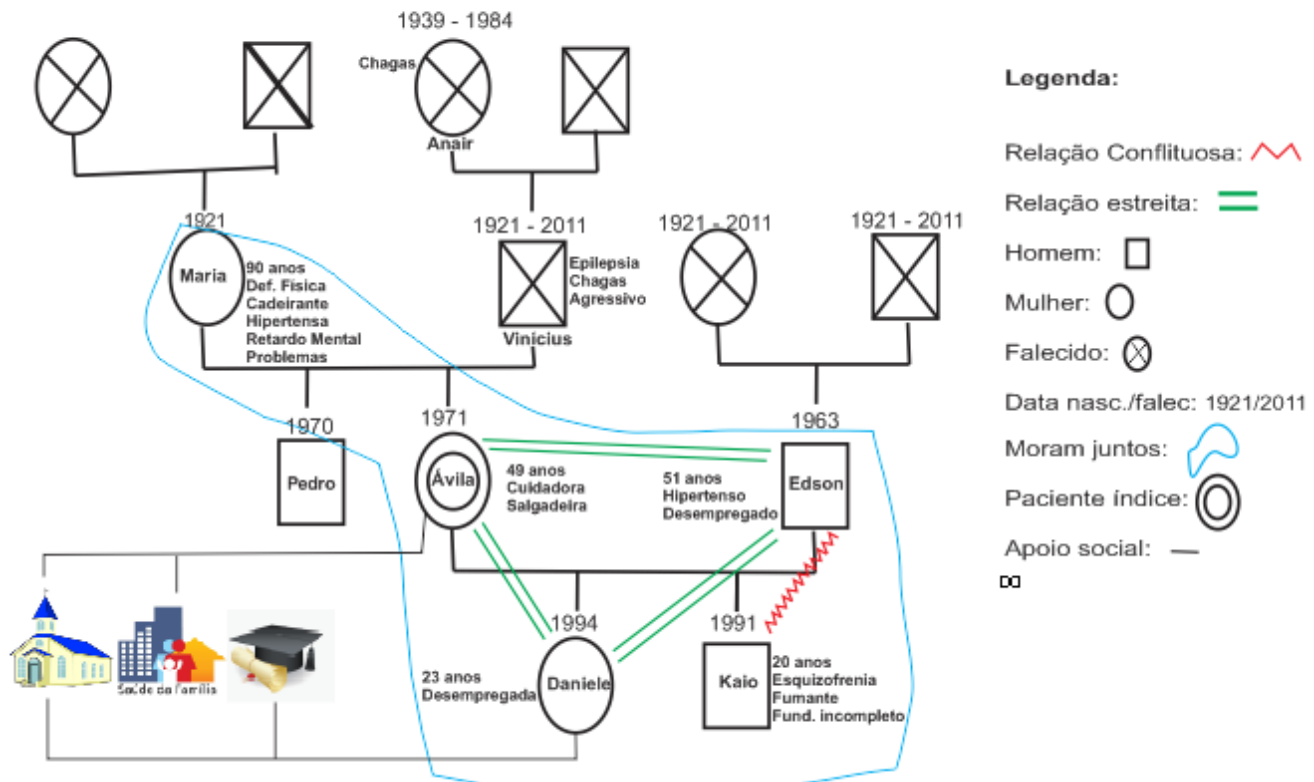
Neste caso, a partir da aplicação do Genograma, conforme ilustrado na Figura 1, foi possível identificar doenças comuns no âmbito familiar, tipos de relações familiares e as estratégias de enfrentamento de acontecimentos críticos e o ciclo de vida. Ávila (43anos) é casada com Edson, há 24 anos e tiveram Daniele (23 anos) e Kaio (20 anos), como filhos.

Ávila é filha de Maria e Vinícius, no entanto, foi criada por sua avó paterna Anair. Seus pais tiveram dois filhos, ela e seu irmão Paulo. Segundo relatos da paciente, o casamento de seus pais foi “arranjado” e que não deveria ter ocorrido pois os dois “tinham problema de cabeça”:

Havia relatos de que o pai do Édson possuía epilepsia e era muito agressivo com sua mãe e com os filhos. Já Maria, nunca recebeu nenhum diagnóstico, mas era considerada, pela família, “retardada” e incapaz de cuidar de si e ou dos filhos. Devido a situação em que viviam, Nair, decidiu tirar seus netos da casa dos pais. Ela pegou Ávila para criar e deu Paulo para uns parentes distantes para criá-lo em outro estado.

Ávila nunca mais teve contato frequente com o irmão. Ávila perdeu sua avó, que cumpria papel de mãe, aos 12 anos, quando faleceu por doença de chagas. A partir de então, trabalhou como doméstica em casa de família até se casar com Edson, aos 16 anos.

Figura 1 - Genograma do paciente índice.
GENOGRAMA



Fonte: Confeccionado pelo autor.

Edson tem 51 anos, filho de Joventino e Joventina, desde os 13 anos de idade começou a trabalhar fora e atualmente está desempregado pelo mesmo motivo que Ávila, é hipertenso controlado, relata que ingere bebida alcoólica de forma frequente. Ultimamente, devido aos problemas dentro de casa.

Kaio nunca fez o tratamento a ele estipulado de forma regular, pois relatava que a medicação o deixava “sonso e bobo”. Kaio já ficou até 7 meses sem o uso da medicação e esses períodos coincidem com as suas mais graves crises de agressividade: maltrata animais e dá socos e tapas nos familiares e animais. Segundo relatos da mãe, quando está em uso da medicação é mais fácil controlá-lo.

Maria tem 90 anos, é acamada, deficiente

física após uma cirurgia sem sucesso em seus joelhos, cadeirante, analfabeta, hipertensa e, segundo relatos da família, sempre teve fala desconexa. Após a morte de seu marido, foi internada em um asilo e depois de algum tempo sua filha a retirou para cuidar dela. É muito agredida por Kaio.

Ávila, Edson e Daniele apresentam um forte vínculo familiar, no entanto, a relação entre o pai e Kaio é extremamente tensa. A família possui poucos parentes e relatam que alguns se afastaram devido ao problema de Kaio. A utilização de ferramentas de abordagem familiar permitiu os seguintes achados:

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

P- Problemas Apresentados: Kaio é esquizofrênico e não adere ao tratamento e é agressivo. Ávila se

encontra sobrecarregada devido aos seus vários papéis. Edson pretende deixar a família por não tolerar mais a situação;

R – Papéis: Ávila é chefe da família, gerencia os recursos financeiros e é a principal cuidadora de Kaio e de Maria, além de realizar as tarefas domésticas;

A- Afeto: Ávila, Edson e Daniele possuem forte relação de afeto. Kaio mostra-se introspectivo e possui relação extremamente conturbada com o pai;

C- Comunicação: Ávila sente dificuldade de falar sobre seus sentimentos com a família;

T- Tempo no ciclo de vida: família estendida com três gerações morando no mesmo lar;

I- Doença no passado e no presente: Maria é acamada e hipertensa; Edson é hipertenso controlado e o Kaio é esquizofrênico;

C- Lidando com o estresse: em momentos de conflito, é Edson quem norteia a família em tomadas de decisões. Família de poder aquisitivo baixo;

E- Ecologia ou Meio Ambiente: Ávila costuma recorrer à Igreja e a Equipe de Saúde sempre que necessita ou precise conversar. Geralmente, vai à igreja acompanhada de Daniele. Daniele estuda engenharia em uma universidade local. Kaio costuma sair com amigos para jogar sinuca, pescar e fumar. Edson não gosta muito de sair de casa, sai, às vezes, para resolver algo ou quando vai beber.

F.I.R.O.

Inclusão: Kaio e Maria se encontram afastados da família devido a suas dificuldades de se relacionarem e às enfermidades;

Controle: o tipo de controle predominante é o dominante exercido pelo pai Edson que representa o principal controle da casa. O Kaio é o único membro que reage ao poder do pai;

Intimidade: Ávila expressa sentimentos de afeto, entretanto, relata desgaste emocional pelo suporte que oferece aos filhos e à mãe, se sentindo

sobrecarregada de responsabilidades, mas não reclama para ninguém, pois não acha necessário.

Ciclo de Vida Familiar

A família, deste estudo, pode ser classificada como ampliada, ou seja, caracterizada pela presença de diferentes gerações no mesmo espaço.

Conferência Familiar

Diante dos problemas observados, a equipe de saúde da família realizou a Conferência Familiar no intuito de planejar e direcionar o cuidado. Primeiramente, durante a conferência, foi explicado sobre a doença de Kaio, desmistificando o quadro e ressaltado a importância do uso da medicação.

A cirurgiã-dentista assumiu a gestão do caso por ser o profissional com maior vínculo com a família. Isso lhe reservou a função de acompanhar as pactuações feitas, informar e convocar a equipe de saúde, caso seja necessário.

A Conferência Familiar iniciou-se com a apresentação dos participantes, em seguida, foram apresentadas todas as dificuldades encontradas pela família.

A responsabilidade da família no cuidado do idoso e com um paciente esquizofrênico foi esclarecida pelos profissionais de saúde, e, após discussão dos problemas, algumas propostas foram criadas:

- a) Daniele, Kaio e Edson ajudariam Ávila nas tarefas diárias;
- b) a equipe envolveria Kaio em atividades para fortalecimento do seu vínculo com a ESF, através de grupos e consultas;
- c) Edson e Ávila pensariam em retomar as suas atividades trabalhistas de alguma forma;
- d) Ávila tentaria expor, de forma mais frequente, seus sentimentos e Edson ser mais compreensível, maleável e passível durante a tomada de decisões e

enfrentamentos familiares.

A partir das propostas sugeridas, durante a primeira conferência, foi então agendado novo encontro, uma semana após o primeiro, para reflexão das propostas e tomada de decisões.

Durante alguns dias houve maior integração entre os profissionais com o Kaio, para fortalecimento de vínculo com o paciente. Após estes dias, foi notada melhor adesão ao tratamento. Após dois meses, houve a redução de sua medicação que passou a ser ministrada mensalmente. Estes passos se mostraram decisivos para uma significativa melhora e adesão ao tratamento por Kaio.

Em visita posterior, foi observado que Edson passou a ser mais flexível em suas decisões e a compreender as dificuldades que a esposa passava. Diante de algumas reflexões e da melhora do quadro de Kaio, a relação conflituosa entre eles passou a ser minimizada e o diálogo foi restabelecido. Edson e Ávila estão planejando abrir um ponto comercial para a venda de salgados e bolos.

Ávila, ainda, persiste no receio em expressar seus sentimentos, mas relata que a filha, o marido e até mesmo Kaio tem ajudado com mais frequência nas tarefas domésticas. Edson adiou sua decisão de abandonar o lar.

DISCUSSÃO

Neste trabalho, a utilização das ferramentas de abordagem familiar possibilitou à equipe de saúde a construção de um conhecimento mais abrangente acerca da família. É com base nas etapas de trabalho com famílias que as equipes escolhem a abordagem e as ferramentas adequadas, definem o atendimento e, sobretudo, conseguem antecipar problemas, conduzir campanhas educativas nas comunidades e famílias ou sugerir mudanças em

hábitos que fatalmente desencadeariam ou agravariam doenças^{5,14-15}.

Em conformidade com os princípios da reforma psiquiátrica brasileira, Rosa¹⁶ aponta a necessidade de consideração da família como parceira dos novos serviços e como um possível espaço de provimento de cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico. Um grande número de problemas em saúde mental pode ser resolvido na ESF, sem ter necessidade de serem referidos a níveis especializados do sistema de saúde¹⁶.

Um dado relevante do Ministério da Saúde¹⁵ refere que 80% dos usuários que são encaminhados aos serviços, que realizam atendimento em saúde mental, não apresentam, de imediato, uma demanda que necessite de atenção especializada.

Portanto, essas equipes se apresentam como um recurso estratégico para o enfrentamento de diversos problemas nesta área, como o uso abusivo de álcool, drogas e diversas outras formas de sofrimento psíquico^{14,17-18}.

No entanto, Dimenstein¹⁷ diz que, essa forma de atenção integral e descentralizada produz muitas vezes uma ação não muito diversificada na rede de atenção à saúde mental e sugere que haja um avanço nos processos de expansão e de articulação na rede básica.

Para esta finalidade, o Ministério da Saúde tem estimulado a expansão de diretrizes que incluam a dimensão subjetiva dos usuários nas ações da atenção básica, objetivando a eficácia das práticas¹⁵.

Quanto à equipe, este processo possibilitou um trabalho de caráter interdisciplinar. Conforme Gomes e Deslandes¹⁹, a interdisciplinaridade consiste em um diálogo que possibilita às disciplinas um enriquecimento em sua perspectiva e método.

Dessa forma, a abordagem familiar configurou-se como uma estratégia adequada que permitiu aos profissionais contribuir para a reorganização

dos papéis familiares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após análise dos resultados alcançados, conclui-se que a aplicação das ferramentas de abordagem à família permitiu vislumbrar a família da paciente Ávila, em sua complexidade e dinamicidade.

No entanto, considerando o processo de trabalho das equipes de saúde da família, verifica-se que são instrumentos pouco aplicados, restringindo-se ao uso acadêmico por despenderem tempo para sua aplicação, análise, atuação e atualização.

Logo, a realização deste estudo tornou-se relevante, pois mostrou que as ferramentas de acesso à família são essenciais para um trabalho integral com famílias, inclusive no cuidado em saúde mental, em que uma visão integral do meio familiar e social em que o paciente está incluído, se torna fundamental.

REFERÊNCIAS

1. RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, C.A. *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: ArtMed, 2003. p. 28-49.
2. AMARANTE, P. et AL (Org). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIO CRUZ, 1994.
3. ELSÉN, I. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: BUB, L. I. R. et al. (Org.) *Marcos para a prática de Enfermagem com famílias*. Florianópolis: Editora da UFSC, 1994.
4. PUPULIN, A. R. T. et al. Acompanhamento domiciliar de pacientes chagásticos tratados etiologicamente. *Revista Brasileira de Análise Clínica*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 159-61, 2003.
5. WAGNER, H. L. et al. Trabalhando com famílias em saúde da família. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, Juiz de Fora, v. 3, n. 8, p.10-4, jun./nov. 2001. Disponível em: < www.scielo.com.br >. Acesso em: 21 de fevereiro de 2015.
6. SILVEIRA FILHO, A. D. *O uso das ferramentas de saúde da família na construção do cuidado em saúde*. 2006. 197 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.teses.usp.br>. Acesso em: 21 de fevereiro de 2015.
7. NOBRE, L.L.R; QUEIROZ, L.S; MENDES, P.H.C; MATOS, F.V; SOARES; A.S.F; LEÃO, C.D.A;. Abordagem Familiar no Âmbito da Estratégia Saúde da Família: Uma Experiência de Cuidado Interdisciplinar. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações*, v. 12, n. 2, p. 458-468, ago./dez. 2014
8. MUNIZ, J. R; EISENSTEIN, E. Genograma: informações sobre família na (in)formação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, 2009. Disponível em: < www.scielo.com.br >. Acesso em: 20 de junho de 2011.
9. MOYSÉS, S. J. *As Ferramentas de Trabalho com Famílias Utilizadas pelas Equipes de Saúde da Família de Curitiba*, PR. *Saúde Soc. São Paulo*, v. 18, n. 3, p.515-524, 2009.

10. WILSON, L. et al. O modelo FIRO de estudo de família. In: WILSON, L. *Trabalhando com famílias: livro de trabalho para residentes*. Curitiba: SMS, 1996b. p. 43-5.
11. MCGOLDRICK, M.; GERSON, R. Genetogramas e o ciclo de vida familiar. In: CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
12. FILHO, E. D. C; ANDERSON, M. I. P. *Programa de atualização de Medicina de Família e Comunidade (PROMEF) organizado pela Sociedade Brasileira de medicina de Família e comunidade*. Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora, 2006.
13. NETO, I.G; *A Conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos*. Ref Port Clin Geral 2003; 19:68-74.
14. DITTERICH, R. G.; GABARDO, M. C. L.; MOYSÉS, S. J. As Ferramentas de Trabalho com Famílias Utilizadas pelas Equipes de Saúde da Família de Curitiba, PR. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 18, n. 3, p.515-524, 2009.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação Geral de Atenção Básica. *Saúde Mental e Atenção Básica – O vínculo e o diálogo necessários*, 2003 (01). Disponível em: < www.scielo.com.br >. Acesso em: 20 de junho de 2011.
16. ROSA, L. C. S. O cotidiano, as tensões e as repercussões do provimento do cuidado doméstico ao portador de transtorno mental. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 28, n.66, p. 28-37, jan./abr. 2004.
17. DIMENSTEIN, M. et al. *O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental*. Saúde soc. [online], v. 18, n. 1, p. 63-74, 2009.
18. CECAGNO, S.; SOUZA, M. D. de; JARDIM, V. M. da R. Compreendendo o contexto familiar no processo saúde-doença. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, Maringá, v. 26, n. 1, p. 107-112, 2004.
19. GOMES, R.; DESLANDES, S. F. Interdisciplinaridade na Saúde Pública: um campo em construção. *Rev. Latino-am.enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p. 103-114, julho 1994.