

# ESTRATÉGIAS DE INSERÇÃO FAMILIAR NO CAPS

## STRATEGIES FOR FAMILY INSERTION IN CAPS

CAROLINA DOMINIQUE DOS SANTOS<sup>1\*</sup>, DAVID ROBERTO DO CARMO<sup>2</sup>

1. Pós-graduada em saúde mental da Universidade Estadual de Londrina- UEL; 2. Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica da Universidade Estadual de Londrina- UEL

\* Rodovia Celso Garcia Cid, Km 380 - Campus Universitário, Londrina, Paraná, Brasil. CEP: 86057-970.

[dominik\\_carolzinha@hotmail.com](mailto:dominik_carolzinha@hotmail.com)

Recebido em 05/2014. Aceito para publicação em 08/2014

### RESUMO

Diante da Reforma Psiquiátrica, ocorreu a troca de uma assistência hospitalar por uma assistência extra-hospitalar, favorecendo a criação de políticas de saúde mais humanizadas e menos excludentes, o CAPS surge para atender esse princípio. Devido a isso, devemos compreender quais as formas de unir a família junto a esse serviço, pois ela como passa a maior parte do tempo com esse paciente com psicopatologia pode ajudá-lo no seu quadro ou piorar ainda mais. O objetivo desse trabalho foi verificar as formas mais eficazes dessa união da família e o serviço de saúde, realizando um estudo bibliográfico de publicações da equipe multidisciplinar sobre essa temática, utilizando as bases de dados do LILACS, Scielo, Bireme e MEDLINE. Encontramos que as formas mais eficazes são: Atendimento em grupo, visita domiciliar/busca ativa e atendimento individual, os quais promovem um melhor entendimento sobre a patologia e formas de lidar com o seu doente, favorecendo assim um vínculo entre o serviço e a família, melhorando a autonomia, reinserção e reintegração social desse portador.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde mental, núcleo familiar, equipe multidisciplinar.

### ABSTRACT

Faced with the Psychiatric Reform, was the exchange of hospital care by a non-hospital care, favoring the creation of policies more humane and less exclusionary health, CAPS appears to meet this principle. Because of this, we should understand the ways to bring the family along to this service, because as she spends most time with that patient with psychopathology may help you in your frame or get worse. The aim of this study was to determine the most effective ways that family togetherness and the health service, performing a bibliographical study of the multidisciplinary team publications on this topic, using the databases LILACS, SciELO, MEDLINE and Medicine<sup>®</sup>. We find that the most effective ways are: Customer group, home visits / active search and individual care, which promote a better understanding of the disease and ways to deal with your sick, thus favoring a link between the service and the family, enhancing autonomy, rehabilitation and social reintegration of that carrier.

**KEYWORDS:** Mental health, household, multidisciplinary team.

### 1. INTRODUÇÃO

No Brasil, as lutas por uma abertura política e pela saúde pública de acesso universal caminharam juntas, em busca de uma assistência psiquiátrica mais humana, voltadas para a melhoria da qualidade de vida, por redes afetivas e sociais. Na saúde mental, essa luta deu origem à chamada Reforma Psiquiátrica, impulsionada pelo Movimento da Luta Antimanicomial (CAVALCANTI, 2008).

A Reforma Psiquiátrica é processo muito complexo que envolve o setor político e social, e é composta de diferentes organizações que incidem em territórios diferentes nos governos federal, estaduais e municipais, nas universidades, nas associações de pessoas com transtorno mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Sendo um conjunto de transformações práticas, saberes, valores culturais e sociais; é no cotidiano das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que ela avança, marcada por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005).

A visão e o cuidado para a assistência psiquiátrica estão sendo modificados, pois o modelo tradicionalmente hospitalocêntrico, vem sendo trocado por serviços que prestam atendimento ao indivíduo nos CAPS, bem como na família e sociedade, e com isso, os profissionais vem aderindo uma postura técnico-política constante, a qual envolve a participação da comunidade. Para isso, deveria haver maior envolvimento e compreensão das pessoas e das famílias, para que juntos, busquem uma melhor qualidade de vida do paciente (FIGUEIRA, 2005).

A Reforma Psiquiátrica possibilitou o acesso da população aos serviços de saúde mental, garantindo o direito de uma vida social e a liberdade, através de um tratamento extra-hospitalar onde a intenção é a de transformar o doente mental em sujeito atuante no seu tratamento, estruturando-o na sociedade na qual ele vive (SILVA *et al.*, 2008).

Os CAPS têm como função a articulação da política de saúde mental num determinado espaço e a organização da rede de atenção às pessoas com transtornos psíquicos, dando um atendimento de regime de atenção diária e promovendo a inserção social desses usuários por intermédio de ações interseoriais (CAVALCANTI, 2008).

A participação dos usuários e de seus familiares não se dá,

somente nas instâncias previstas pelas estruturas do SUS, mas sim, no cotidiano desses serviços, nos movimentos sociais, na luta pela sociedade sem manicômios. Com isso, os usuários e familiares vêm conseguindo garantir seus direitos, apoiando-se mutuamente e alterando as políticas públicas e a terrível cultura, a qual ainda considera que deve ocorrer a exclusão desses indivíduos na sociedade. O grande desafio da Reforma Psiquiátrica é construir um novo lugar social para esses excluídos, que ainda são taxados de “loucos” (BRASIL, 2005).

Os relacionamentos cooperativos entre provedores de atendimento da saúde mental e as agências da comunidade são importantes para o sucesso da reabilitação social do indivíduo com psicopatologia grave, pois geralmente esses, engajam-se em lutas de poder, relacionadas ao cuidado do membro doente mental, interferindo em sua capacidade de trabalhar como uma equipe. A combinação de esforços destes segmentos pode levar a família a ter melhor enfrentamento no processo de recuperação do seu familiar doente (SUNDEEN, 2001).

O comprometimento da família em relação ao cuidado com o doente mental exige uma reestruturação da mesma e aquisição de habilidades que podem gerar no começo dificuldades nas atividades cotidianas. Contudo, essa nova tarefa que exige certa responsabilidade com o seu familiar adoecido é positiva, porque intensifica ainda mais as relações, e ela começa a tornar-se parceira da equipe de saúde, para cuidar dele, auxiliando nas ações de promoção da saúde mental e de inserção em seu laço social (SCHRANK & OLSCHOWSKY, 2008).

Envolver os familiares de pacientes com psicopatologia no cuidado, deve se tornar uma prática-padrão, porque além de ter o beneficiamento no tratamento do paciente, também permite que o profissional de saúde identifique e atenda às necessidades clínicas e não-clínicas dessa família que, por ventura da hereditariedade e do meio em qual vivem, correm um risco maior de desenvolverem a doença mental e outros transtornos envolvidos pelo estresse, assim, o serviço deve ser de caráter preventivo, orientando-os para o atendimento da crise. A educação do paciente deve ser considerada como uma necessidade médica, porque após a reeducação dos sintomas pelo tratamento, a pessoa em recuperação deve reintegrar-se aos papéis sociais apropriados, tornando-se um membro efetivo na comunidade (CONN, 2001).

A reabilitação psicossocial tem em vista a inclusão do paciente que sofre algum tipo de transtorno, com isso, temos que visualizá-lo como ser único, com características e rotinas próprias, perante isso sua abordagem terapêutica deve ser individualizada, portanto, a família tem um papel importantíssimo na sua reabilitação e reinserção social, todavia ela e a sociedade podem ser as primeiras formas de exclusão, para que isso não ocorra, é necessário que os agentes de saúde mental trabalhem com ela e com a comunidade, mostrando que eles não são uma ameaça social. Tendo em vista que esses membros, não são vítimas ou cúmplice da psiquiatria, e sim, protagonistas do processo de tratamento, salienta-se a participação dela na reabilitação desse portador não mais a culpabiliza (HIRDES, 2009).

A equipe multidisciplinar do CAPS deve averiguar o núcleo familiar, conhecendo seus medos, mitos, crenças, limitações, inseguranças, entre outros, para ser devidamente orientado na maneira de agir, facilitando a estabilização, reinserção social, e melhor qualidade de vida da família e do paciente (HIRDES, 2009).

## Objetivo

Realizar revisão bibliográfica a respeito das formas eficazes de inserir a família no CAPSva.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

Neste trabalho utilizou-se a modalidade de pesquisa bibliográfica, que foi definida a partir de referências teóricas publicadas em documentos (CERVO & BERVIAN, 1983). A qual procura conhecer e analisar as contribuições culturais ou científicas do passado existente sobre determinado assunto, tema ou problema.

Utilizou-se a base de dados LILACS (Literatura Latino Americana de Ciências da Saúde) que se encontra disponível na rede da Biblioteca Setorial do Centro de Ciências de Saúde, para a busca do material analisado.

Através das palavras chaves Saúde Mental; Equipe Multidisciplinar e Núcleo Familiar, encontrou-se 8.173 publicações, onde 25 artigos foram utilizados, devido os seguintes critérios: idioma português, com publicações dos últimos 10 anos, compreendendo o ano de 2000 a 2010, e referentes ao CAPS.

O material analisado foi analisado através da abordagem qualitativa, na qual: “Os dados indicam significados baseado nas ações, relações, formas de pensar e analisar a experiência vivida, que se expressa não como verdades absolutas, mas como aproximações que advêm da lógica das pessoas, do seu ponto de vista e da forma de aprender e atribuir significados a uma determinada realidade” (CARMO, 2002).

Os trabalhos foram agrupados pelos significados manifestos sobre as estratégias de inserção familiar. Os dados foram analisados através da Análise de Conteúdo, que segundo alguns direcionamentos são: “Um conjunto de técnicas de análises das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a interferência de conhecimentos relativos as condições de produção e percepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (BARDIN, 2002).

Completando o que foi dito com: “na busca de atingir os significados manifestos e latentes no material qualitativos tem sido desenvolvida várias técnicas a serem usadas na Análise de Relações, Análises de Enunciação e Análise Temática. Ao estudar, as propostas contidas em cada uma dessa modalidade, percebe-se que cada uma enfatiza a Análise de Enunciação como a Análise Temática são as que melhor se adequam a investigação qualitativa do material sobre saúde” (MINAYO, 2000).

Optamos pela Análise Temática pela sua proposta de organização para estruturação do conteúdo pautado em três polos cronológicos: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

1-Na pré-análise se organiza os dados diante do material selecionado. Sistematizando-os para escolher os artigos que mais nos interessa onde procuramos explorar as referidas informações:

a) Leituras flutuantes, que consiste em uma leitura geral das publicações encontradas, sem buscar ordenação ou interpretação do material exposto, apenas estabelecendo o primeiro contato com o material.

b) Escolhas dos dados, que seguiu o princípio de pertinência, no qual se observou que os mesmos estavam adequados, enquanto fonte de informações esperada para cada objetivo do

trabalho;

c) Preparação do material, que é o alimento do material reunido através de uma standardização e classificação por equivalência.

2. Exploração do material é o momento em que se dá a codificação, na qual deflagra a categorização; processo esse que pode ser definido da seguinte maneira: “é uma operação de classificação de elementos constituídos de um conjunto de informações, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero, rubricas ou classes, as quais reúnem em um grupo de elementos” (BARDIN, 2002).

3. Tratamento dos resultados é a última etapa cronológica, que permite o tratamento dos conteúdos pelos significados, reunidos em núcleos temáticos. Os quais nesse trabalho são: Atendimento em grupo; Visita domiciliar e Busca ativa; Atendimento individual.

### 3. TEMAS E DISSCUSSÃO

#### Tema 1: Atendimento em grupo

A terapia em grupo dá a possibilidade dos seus membros trocarem informações pelas experiências adquiridas, possibilitando que falem, um possa ajudar o outro, salienta-se também a importância do coordenador do grupo, o qual deve estar atento e intervir quando achar necessário.

O CAPS utiliza a atividade de utiliza a atividade de grupo de família com o objetivo de trocar experiências e informações sobre o cotidiano dos seus familiares portadores de uma psicopatologia (SCHRANK, 2006).

A terapia em grupo faz com que ocorra o senso de inclusão, valorização e identificação das experiências vivências no cotidiano. Além do mais, favorece a escuta da família, modificando o olhar sobre a problemática vivenciada, tornando a capacidade de resolução mais eficaz (SCHRANK, 2006).

Devido a isso, a equipe desse serviço analisa e estuda as problemáticas enfrentadas pela família tais como: sentimento de rejeição, medo, culpa, incerteza, ressentimentos, estresse e ansiedade, esclarecendo a importância na vida do seu familiar. Fazendo com que a família seja mais atuante, nas suas escolhas, condutas e soluções do cotidiano. Uma das formas de isso ocorrer é fazer um trabalho em grupo é propiciar a troca entre elas, afim de que haja, o crescimento de seus membros, possibilitando-lhes a descoberta de soluções mais práticas (SCHRANK, 2006).

Porém, para que a participação familiar seja eficaz, deve haver a vontade da participação e a disponibilidade, o vínculo entre os profissionais e a família, comunidade e usuário, colocando a importância do cuidado na saúde mental desse paciente, porque a relação entre os técnicos e familiares se intensifica no compartilhamento e organização de novas formas de viver na sociedade. Através disso, damos a responsabilidade para ela, visando a autonomia e ações norteadas por uma ética de solidariedade (SCHRANK & OLSCHOWSKY, 2008).

Uma das formas de atrair essa família é através das atividades comemorativas, tais como: festa junina e natal, eventos realizados para promover a integração família-usuário-comunidade-CAPS, são instrumentos facilitadores para o trabalho com a família e a equipe multidisciplinar (SCHRANK, 2006).

Com essa metodologia de trabalho, o enfoque é mais na área emocional dessa família, tais como: crenças, ações, nível intelectual, nível socioeconômico. Com isso os profissionais sou-

beram como agir nessa família, ampliando o conhecimento, responsabilidade, referentes à doença (CAVALHERI, 2010).

O CAPS pode utilizar através dos eventos realizados nesse serviço, o contato com essa família, convidando-a para visitar e participar das atividades propostas, colocando a meta de ajudá-la no cuidado do seu familiar, levando a família a sentir motivação e valorização, começa aos poucos a se inserir nesse serviço (CAVALCANTI, 2008).

Conforme a literatura, o atendimento em grupo ajuda as famílias umas às outras, pois elas se espelham na atitude que a outra toma, buscando assim ajudar o paciente e amenizar as crises que ele possa vir a ter. Além da mesma se sentir valorizada e respeitada por esse serviço.

#### Tema 2: Visita domiciliar/ busca ativa

Uma medida de intervenção de saúde é a visita domiciliar, que averigua o objeto dos problemas e as necessidades de saúde daquele núcleo familiar, com a ajuda de uma equipe multidisciplinar que coloca em pauta o aprimoramento de escolhas saudáveis e cabíveis (BRASIL, 2006)

A visita domiciliar vem para promover a participação familiar no conjunto com a equipe multidisciplinar. Com essa atividade é possível que a equipe conheça a dinâmica familiar e compreenda o relacionamento desse meio, salientando também um vínculo entre a família e a equipe, em busca de um melhor tratamento para esse paciente (SCHRANK & OLSCHOWSKY, 2008).

Esse tipo de assistência ressalta a importância de direcionar uma pessoa da família à compreensão das experiências relacionadas ao sofrimento mental, às ações de prevenção e cura (SAIDEL *et al.*, 2007).

A visita domiciliar é uma prática assistencial, a qual se define em um cuidado mais perspicaz com a família e o usuário, pois propicia o acolhimento no meio no qual habitam. Mostra o quanto importante é, pois nos dá modos alternativos nos cuidados, através da real visão que esses usuários e familiares necessitam (SCHRANK, 2006).

O cenário domiciliar permite uma assistência diferenciada, atendendo todo o núcleo familiar, não somente o doente. Salientando que a doença não atinge somente o indivíduo, mas todos aqueles que os rodeiam, pois estão no mesmo convívio diário (SILVA, 2009).

Por ser uma atividade que envolve uma equipe multidisciplinar, facilita a identificação de quais famílias estão ou não participando das atividades que o CAPS fornece quais são as maiores dificuldades que elas têm no cuidado com o seu familiar com psicopatologia, com isso ocorre à aproximação entre a família e o núcleo familiar facilitando um cuidado adequado para o paciente, através da fundamentação na realidade experimentada (SCHRANK & OLSCHOWSKY, 2008; SCHRANK, 2006).

O atendimento prestado por essa equipe consiste nas ações que visam a melhora da qualidade de vida do paciente e de sua família como um todo, de forma a colaborar com esse portador afim de colocá-lo na reintegração social, diminuir ou eliminar os surtos e tornar esse núcleo familiar mais participativo, sempre cooperando e colaborando com o mesmo e com os profissionais de saúde (SILVEIRA & VIERA, 2005).

A inserção no domicílio faz com que os profissionais utilizem a humildade, respeito, criatividade e paciência, pois é uma estratégia que exige atenção que abre espaço para o acolhi-

mento, cuidado eficaz e humanizado, relacionamento terapêutico e aceitação da família (SCHRANK & OLSCHOWSKY, 2008).

Através da visita domiciliar, ocorre a possibilidade da equipe compreender e intervir no cuidado desse indivíduo doente. Tendo um modo de intervir preservando a vida de cada um dessa família, com a finalidade de aumentar as possibilidades de acordo com o meio em que vivem, para que sua potencialidade fique mais eficaz (SCHRANK & OLSCHOWSKY, 2008).

A família sente que nesse serviço ocorre comprometimento, acolhimento das necessidades e responsabilidade por parte da equipe que ultrapassa a estrutura física das práticas assistenciais. Para a equipe, esse modo de trabalho faz com que veja se esse núcleo familiar está distante do serviço, com alguma dificuldade com relação ao cuidado ou até mesmo sem ela tem horário que não possibilita a sua ida ao CAPS (SCHRANK, 2006).

Esse modo da prática assistencial é importante porque uma equipe multidisciplinar, a comunidade e a família fazendo fluir as ideias desse serviço (BARBAN & OLIVEIRA, 2007).

Essa estratégia auxilia essa família, retirando suas dúvidas sobre o medicamento ou da patologia do seu portador. Sendo necessário enquadrá-la para ser tratada, expondo suas dificuldades, ansiosos, medos, angústias e ansiedades, realizando um acolhimento. Salientando também a constituição da família, a sua interação, comunicação e relacionamento, para que seja elaborado um plano de cuidados específico, e de acordo com a necessidade dela (SILVEIRA & VIERA, 2005).

Porém, devemos colocar a responsabilidade nessa família, pois durante os dias de trabalho do CAPS haverá dias em que não será possível a ocorrência de visita domiciliar, com isso essa família tem que estar ciente que ela tem responsabilidade com esse doente (SILVA, 2009).

Vimos que através da visita domiciliar e busca ativa, temos uma visão real desse ambiente familiar, vemos quais são suas dificuldades, relacionamento, o histórico familiar, podendo intervir de modo mais eficaz, tirando seus mitos e estigmas, fazendo com que eles se sintam importantes e com isso possam colaborar mais e melhorar o tratamento do portador de psicopatologia.

### **Tema 3: Atendimento individual**

No serviço do CAPS são fornecidos para o atendimento dos usuários, comunidade e familiares recursos terapêuticos grupais e individuais. No atendimento individual é proporcionada uma atenção maior para a família desse paciente, utilizando uma escuta e um acolhimento do sofrimento, oferecendo uma promoção da saúde, uma parceria entre a equipe e essa família, colocando a mostra que a cooperação entre elas torna mais eficiente o cuidado do usuário (SCHRANK, 2006).

O princípio da atividade terapêutica individual é a possibilidade de uma atenção para a família com a escuta e o acolhimento do sofrimento, proporcionando a promoção da saúde e a união dessa família com os profissionais de saúde, salientando assim, a importância da união para que o cuidado com o usuário seja ainda melhor. Com o vínculo deles nesse serviço, acaba que vencendo as barreiras existentes entre os membros, pois com o convívio, ocorre troca de informações, esclarecendo possíveis dúvidas no modo de realizar o cuidado em saúde mental, assim, irão se concretizar novas propostas de atenção, de agir, de considerar, de aceitar as individualidades desses

pacientes e de seus familiares. Desta forma, trabalhar no CAPS exige dos seus trabalhadores uma habilidade complementar para que ocorra troca de conhecimento teórico e prático entre a equipe e os familiares, bem como, compreender e acolher a vivência dela e dos usuários (SCHRANK & OLSCHOWSKY, 2008; SCHRANK, 2006).

Esse tipo de recurso terapêutico facilita na resolução dos problemas cotidianos dessa família, pois tem o contato direto e preciso. Para o serviço é uma forma de observar a família, porque a família sente mais confiança em relatar seu cotidiano, suas aflições e ansiosos, tendo como esperança em alcançar a resolução de seus problemas (SCHRANK & OLSCHOWSKY, 2008; SCHRANK, 2006).

A equipe multidisciplinar que atua com a família, além de tratar da doença psicopatologia do paciente, tentam modificar a visão dessa família, através da comunicação, percepção e de raciocínio que atrapalham o tratamento adequado, mostrando um novo caminho para esse lar, onde não ocorra a desintegração dessa família, trazendo uma esperança e um sentimento de que ela é importante sim (LEVY, 1993)

Com o atendimento individual a família sente mais segurança e torna a equipe com atitude de compromisso e responsabilidade, fazendo com que aos poucos ela se insira nesse serviço, com isso aos poucos ocorre melhora no cuidado e no tratamento para o paciente (SCHRANK, 2006).

A indicação para o atendimento individual para a família é indicado para todos que tem um portador com uma psicopatologia, pois essa terapia auxilia no entendimento dos procedimentos realizados com o doente tais como: socioterapia, psicanálise, terapia medicamentosa. Além da equipe visualizar como é esse núcleo familiar e a personalidade de cada membro, possibilitando ajudar essa família nos seus medos e receios (BRASIL, 2001).

A proposta do atendimento individual é buscar compreender os seguintes aspectos: sociais, culturais, psicológicos (inconscientes e conscientes), racionais, econômicos e sua contextualização atual. Tentando buscar quem é que domina nessa família, através da singularidade desse núcleo familiar, identificando suas crenças, valores, resistências, capacidade de mudança e potencial criativo. A equipe multidisciplinar utiliza uma avaliação de como é o pensamento de cada um dos membros, o relacionamento com o problema e quais os recursos que pode se utilizar para a resolução da transformação familiar. Com isso, vai se construindo estratégias de intervenção, que exige desconstrução das crenças adquiridas, valores morais e práticas não mais utilizadas. Os profissionais utilizam a criatividade, para que a família possa realizar o que foi imposto com compreensão de que é a melhor forma terapêutica do cuidado para o seu familiar com psicopatologia (ARAUJO, 2002).

Através do atendimento individual podemos ter um contato mais íntimo, mostrando que estamos disponíveis para ajudá-los, ouvindo-os, interagindo, tornando-os mais responsáveis e mais atentos com os sinais que esse paciente mostra.

A família como passa a maior parte do tempo com esse paciente é o espelho dele, através de modificações dela é que podemos modificar o paciente, os profissionais de saúde devem estar atentos e mostrar que estão disponíveis e eles, só assim teremos uma saúde mental mais eficaz e digna.

## **4. CONCLUSÃO**

A reforma psiquiátrica só será relevante se a equipe multi-



disciplinar: médicos, médicos psiquiátricos, enfermeiros, psicólogos, pedagogos, terapeutas ocupacionais, entre outros, inserirem a família nesse estabelecimento.

Cabe a esses profissionais buscarem estratégias eficazes de inserir esse núcleo familiar, com recursos terapêuticos diferentes dos utilizados no hospital psiquiátrico, atuando não só na patologia mental, mas também no meio sócio-emocional-cultural desse indivíduo, respeitando sempre sua cultura e seus valores.

Salienta-se a necessidade de ter uma equipe unida que busca sempre novos conhecimentos e estratégias diferenciadas a essa clientela, buscando a autonomia, reinserção e reintegração social desse indivíduo na comunidade e dentro do seu lar.

Esses profissionais devem buscar estratégias tais como a visita domiciliar, atendimento em grupo e atendimento individual, como forma de acolhimento, solidariedade, afetividade, compreensão, autonomia, ética, cidadania, união, apoio, para que essa família se sinta importante e valorizada, fazendo com que aja um vínculo entre ela e o serviço, no qual quem sai ganhando é o paciente.

Porém, os desafios são grandes, pois ainda tem seu mitos e estigmas, e quebra-los exige dos profissionais tempo e paciência, pois só assim, com a família nesse serviço é que a saúde mental irá tomar um rumo melhor, fazendo com que esses pacientes sejam tratados de forma humanizada e respeitada pelos seus familiares e sua comunidade.

## REFERÊNCIAS

- [1] CAVALCANTI, M. T. A Reforma Psiquiátrica brasileira: ajudando a construir e fortalecer o Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. v. 24, n. 9, Set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php>.
- [2] BRASIL. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. In: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, nov. 2005. *Brasília: Ministério da Saúde*, 2005. p. 1- 56. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio\\_15\\_anos\\_caracas.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf).
- [3] FIGUEIRA, J.C. Psicologia Clínica: Do Enfoque Individual à Abordagem Familiar. *Per Cursos*, v.6, n2, p.1-26, 2005.
- [4] SILVA, V. A.; LIPPI, P. C. M.; PINTO, C. J.M. Doença mental: dificuldades enfrentadas pela família e o familiar - cuidador. 2008. Disponível em: [http://74.125.93.132/search?q=cache:s9kOJzQ7U7YJ:www.seufuturonapratica.com.br/intellectus/PDF/02\\_ART+Enfermagem.pdf+DOEN%C3%A7A+MENTAL+\(LINO,1997\)&cd=3&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br](http://74.125.93.132/search?q=cache:s9kOJzQ7U7YJ:www.seufuturonapratica.com.br/intellectus/PDF/02_ART+Enfermagem.pdf+DOEN%C3%A7A+MENTAL+(LINO,1997)&cd=3&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br)
- [5] SUNDEEN, S.J. Reabilitação Psiquiátrica. In: STUART, G.W; LARAIA, M.T. *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática*. 6 edição. Porto Alegre: *Artmed*, 2001. cap.14. p. 274-295.
- [6] SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2008, vol.42, n.1, pp. 127-134. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000100017>.
- [7] CONN, V. A visão da família sobre o continuum do atendimento. In: STUART, G. W.; LARAIA, M. T. *Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática*. Porto Alegre: *Artmed*, 2001. p. 296 -302.
- [8] HIRDES, A. Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 165-171, fev. 2009. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000100022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100022&lng=en&nrm=iso).
- [9] SILVEIRA, D.P, VIERA, A.L.S. Reflexões sobre a ética do cuidado em saúde: desafios para atenção psicossocial do Brasil. *Est. Pesq. Psicol.* 2005, pag. 92-101..
- [10] CERVO, A.L.; BERVIAN,P.A. *Metodologia científica: para uso dos estudantes universitários*. 3 ed. São Paulo. *MC Graw- Hill* do Brasil, 1983, p.5
- [11] CARMO, D.R. Avaliação de um programa de alcoolismo em universidade pública: enfoque na satisfação dos usuários enquanto medida de uma referência terapêutica. (thesis). *Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem*, USP; 2002
- [12] BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Edições 70. Lisboa, 2002, p.42,117.
- [13] MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7 ed. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: *Abrasco*. 2000.
- [14] SCHRANK, G. O Centro de Atenção Psicossocial e a Inserção da Família. 2006. 114f. *Tese* (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/8228/000571724.pdf?sequence=1>.
- [15] CAVALHERI, S.C. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. *Rev. Bras. Enferm.* 2010; 63 (1): 51-7
- [16] SILVA, R.O.L. A VISITA DOMICILIAR como ação para promoção da saúde da FAMÍLIA: um estudo crítico sobre as ações do Enfermeiro. 2009. Disponível em: [http://www.unirio.br/progp/posgrad/stricto\\_paginas/site%20Enfermagem/SiteENFv3/dissertacoes/dissertacoes%202009/a%20visita%20domiciliar%20como%20acao%20para%20promocao%20da%20saude%20da%20familia%20um%20estudo%20critico%20sobre%20as%20acoes%20.pdf](http://www.unirio.br/progp/posgrad/stricto_paginas/site%20Enfermagem/SiteENFv3/dissertacoes/dissertacoes%202009/a%20visita%20domiciliar%20como%20acao%20para%20promocao%20da%20saude%20da%20familia%20um%20estudo%20critico%20sobre%20as%20acoes%20.pdf).
- [17] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de Promoção da Saúde. 2.ed. Série Pactos pela Saúde 2006, v.7, Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 52p.
- [18] SAIDEL, M.G.B.; TOLEDO, V.P.; AMARAL, G.R.; DURAN, E.C.M. O enfermeiro psiquiátrico numa instituição estatal: estudo exploratório descritivo. *Rev. Gaúcha de Enfermagem*, v.28, n 2, p.200-6, 2007.
- [19] BARBAN, E.G.; OLIVEIRA, A.A. O modelo de assistência da equipe matricial de saúde mental no programa saúde da família do município de São José do Rio Preto (Capacitação e educação permanente aos profissionais de saúde na atenção básica). *Arq Ciênc Saúde*. 2007, v. 14, n.1, pag:52-63. Disponível em: [http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs\\_ol/vol-14-1/I D224.pdf](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-14-1/I D224.pdf).
- [20] LEVY, P. *As tecnologias da inteligência*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1993.
- [21] BRASIL. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e

redireciona o modelo assistencial em saúde mental. O *PRESIDENTE DA REPUBLICA*, Brasília, DF, 6 abril 2001. Disponível em: <  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l110216.htm)

- [22] ARAUJO, M.F. Violência e abuso sexual na família. 2002, vol.7, n.2, pp. 3-11. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722002000200002>.