

GRUPOS DE FAMILIARES EM CAPS II: GERANDO REFLEXÕES ACERCA DA PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DOS USUÁRIOS¹

GROUPS OF RELATIVES IN CAPS II: CREATING REFLECTIONS ON FAMILY INVOLVEMENT IN THE TREATMENT OF USERS

Berenice Rolim Machado² e Tatiane Rodrigues³

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi relatar a vivência de uma estagiária de psicologia diante da implantação de um grupo de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) de uma cidade do Rio Grande do Sul. A implantação do grupo também visava auxiliar em uma aproximação do paciente com seu familiar e com os profissionais do serviço, e comunicar que sua participação seria muito importante para toda a dinâmica familiar, pois por meio da compreensão e inserção do diálogo entre os membros da família, as relações tornar-se-iam mais saudáveis e afetuosas. As atividades grupais foram conduzidas por duas assistentes sociais, um enfermeiro e a estagiária de psicologia. O grupo era realizado de quinze em quinze dias. Sabe-se que o convívio com a doença, psiquiátrica é muito difícil para o grupo familiar, o que é agravado quando a doença tende a ser de duração prolongada, quando apresenta recidivas de manifestações agudas e, principalmente, é vivida como incapacitante e estigmatizadora. Dessa maneira, entendeu-se que a família é uma parceira importante no processo de tratamento e reabilitação psicossocial do usuário da saúde mental. A atenção psicossocial, associada ao universo familiar, vai facilitar a reinserção social do sujeito e a promoção da saúde da família como um todo, considerando todas as dimensões vividas no cotidiano. Por fim, entendeu-se que a implantação do grupo para familiares foi muito importante para fortalecer as relações do usuário com seu familiar e também para que a equipe possa ter contato com essas famílias.

Palavras-chave: saúde mental, assistência, relações familiares.

ABSTRACT

In this work the aim was to report the experience of a psychology intern on the implementation of a family group of users of a Psychosocial Care Center (CAPS II) in a city from Rio Grande do Sul. The group's deployment was also meant to assist in a patient approach with his family and with professional service and communicate that their participation would be very important for the whole family dynamics, because by understanding and insertion of the dialogue between the members of the family relationships would become healthier and more affectionate. Two social workers conducted the group activities: a nurse and a psychology intern. The group was held every fifteen days. It is known that living with a psychiatric disease is very difficult for the family group, which is exacerbated when the disease tends to be prolonged, when presenting recurrence of acute manifestations and, mainly, it is lived as disabling and stigmatizing. Thus it was understood that the family is an important partner in the treatment and psychosocial rehabilitation of mental health user process. The psychosocial care, associated with the family universe, will make it easier the social reintegration of the subject and the promotion of family health as a whole, considering all dimensions lived in daily life. Thus, it was understood that the implementation

¹ Relato de experiência.

² Acadêmica do Curso de Psicologia - Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA). E-mail: bereds18@gmail.com

³ Orientadora. Coordenadora do Curso de Psicologia - Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA). E-mail: tatiane.rodrigues@fisma.com.br

of the family group was very important to strengthen the user's relationship with his family and also for the team to have contact with these families.

Keywords: *mental health, care, family relationships.*

INTRODUÇÃO

A Atenção psicossocial é um dos paradigmas que sustentam a reforma psiquiátrica, que implica em inventar um novo modelo de cuidar do sofrimento psíquico por meio da implantação de espaços de constituição de relações sociais baseadas em princípios e valores que possibilitam modificar a sociedade, de modo que tenha um local para o sujeito dito “louco” (YASUI, 2009).

Para o atendimento dos sujeitos com sofrimento psíquico, entende-se que se faz necessário um conjunto de ações que venham substituir a lógica manicomial, práticas que sejam voltadas para os sujeitos que são excluídos da sociedade, de modo que recebam um atendimento com cuidado e atenção, respeitando a condição de cada um. Essas práticas devem ter também sustentação teórica para o cuidado em saúde mental (OLIVEIRA, 2009).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) possuem caráter aberto e comunitário, com equipes multiprofissionais e transdisciplinares, que realizam atendimento a pessoas com sofrimento ou transtornos mentais graves e persistentes. O CAPS conta com uma equipe formada por psicólogos, médico psiquiatra, fisioterapeuta, técnico administrativo, técnico em saúde mental, técnico em enfermagem, enfermeiros, assistente social, residentes, estagiários e serviços gerais.

A diversidade das pessoas com transtornos mentais graves exige que os consideremos como sujeitos múltiplos, além da sua condição de doentes, o que remete a uma modificação nas teorias e práticas em saúde mental. Conforme menciona Amarante (2008), é fundamental para os CAPS oferecer acolhimento aos sujeitos que estão em crise e às demais pessoas envolvidas (familiares, amigos e outros), de modo que seja construída uma rede de relações entre a equipe e os sujeitos que fazem parte desse contexto.

Para Schrank e Olschowsky (2008), um serviço de atenção em saúde mental deve ser ordenado pela lógica da reforma psiquiátrica com ações voltadas ao tratamento, centrado em uma relação de respeito aos direitos de cidadania dos sujeitos com sofrimento psíquico.

Amarante (2008) ressalta ainda que o trabalho deve ser terapêutico, buscando o enriquecimento dos sujeitos, procurando desenvolver suas habilidades voltadas para a prática na comunidade, ou seja, criar estratégias que tenham relações com os setores sociais, principalmente com os serviços existentes no campo da saúde mental (cooperativas, residências de egressos, unidades psiquiátricas em hospitais gerais, entre outros serviços) e da saúde em geral (unidades de saúde, Estratégia de Saúde da Família e hospitais gerais). O CAPS ainda tem como objetivo organizar a rede de atenção aos sujeitos que estiveram internados em hospitais psiquiátricos ou que estão em situação de vulnerabi-

lidade, que necessitam desenvolver autonomia, independência; aqueles que precisam de acompanhamento para realizar as atividades cotidianas e para a reinserção social.

Para o fortalecimento da rede de atenção à saúde mental, é necessária uma articulação entre recursos econômicos, sociais, afetivos, culturais, religiosos, sanitários, que possibilitem o cuidado e a reabilitação dos sujeitos. Dessa maneira, os CAPS são dispositivos que devem estar situados no núcleo da rede de serviços de saúde e em outros setores, que são fundamentais para a inserção dos sujeitos excluídos da sociedade (BRASIL, 2004).

Um dos objetivos do CAPS é que as famílias dos usuários participem do dia a dia do serviço. Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), o grupo familiar é a ligação mais próxima que os usuários têm com o mundo. Dessa maneira, a família é fundamental para o trabalho executado no CAPS.

Entende-se que, o tratamento pode se tornar mais viável e humanizado por meio da aproximação entre o usuário e sua família. Os profissionais do CAPS devem acolher e tratar as demandas percebidas respeitando o plano terapêutico estabelecido buscando incentivar e possibilitar maior motivação dos usuários e suas famílias ao tratamento, (BRAUN; DELLAZZANA-ZANON; HALPERN, 2014).

Ao se trabalhar com famílias, é importante dar um caráter coletivo ao atendimento, conhecer o sujeito em seu contexto histórico e cultural, o grupo como sujeito coletivo e a sociedade como contorno para ambos: sujeito e grupo (PASSOS, 2005). Também reconhecer os recursos da rede social para além da resolução dos problemas específicos que levam as famílias a procurarem ajuda.

Os valores aprendidos dentro do grupo familiar são fundamentais para a formação da identidade do indivíduo, têm um papel importante, pois norteiam a vida de cada membro da família. Sendo assim, na família se aprende não apenas valores, mas também comportamentos, que serão refletidos durante a vida em sociedade (KALINA et al., 1999; SCHENKER, 2008).

As famílias passam de modo natural seus modelos de funcionamento, os quais são coerentes com o que foi vivido desde o princípio na dinâmica familiar. Quando os filhos têm uma trajetória de vida saudável, convivem com padrões facilmente adaptáveis às mudanças que se referem ao seu crescimento individual e grupal, compreendendo-se, portanto, a família como uma instituição que permite aos sujeitos se constituírem e se reorganizarem quando necessário (PASSOS, 2005).

Neste contexto, as relações no sistema familiar devem ser olhadas de maneira coletiva tirando o foco do paciente individual. A terapia sistêmica pode ser vista como uma ferramenta importante para a efetividade deste olhar (MINUCHIN; NICHOLS, 1995). Com relação ao tratamento de pacientes em sofrimento psíquico, considera-se que a terapia familiar pode oferecer benefícios positivos no que se refere à adaptação do paciente ao tratamento e também na melhora das relações familiares e sociais (PAYÁ, 2011).

Foi possível perceber no CAPS que, dentre os pacientes que estavam em atendimento poucos eram levados até o serviço por algum familiar, a não ser que tivessem um comprometimento físico ou psíquico maior. Grande parte dos pacientes buscavam o tratamento sozinhos demonstrando assim

uma dependência pela equipe até mesmo para ter uma conversa que muitas vezes relatavam não ter em suas casas, reclamavam da falta de compreensão de seus familiares.

Diante das questões apresentadas pelos usuários, sentiu-se a necessidade de trabalhar com familiares de pacientes que estivessem dispostos a participar de um grupo aberto, este grupo tem o objetivo de auxiliar em uma aproximação do paciente com seu familiar e com os profissionais do serviço, tendo em vista que suas relações estão desgastadas por uma falta de comunicação e de conhecimento da doença por parte das famílias. Objetiva também comunicar que sua participação é muito importante para toda a dinâmica familiar, pois por meio da compreensão e inserção do diálogo entre os membros da família, as relações se tornam mais saudáveis e afetuosas.

O trabalho tem sua justificativa apoiada em nos proporcionar mais conhecimento sobre a saúde mental e a relação das pessoas com sofrimento psíquico de seus familiares. Em âmbito social, favorecerá com informações sobre uma melhor relação entre os usuários e seus familiares, assim como, com a sociedade.

MATERIAL E MÉTODOS

Neste relato de experiência descreveu-se a vivência de uma acadêmica do Curso de Psicologia de uma faculdade privada de Santa Maria. O estágio foi realizado no período de agosto de dois mil e quinze até agosto de dois mil e dezesseis, totalizando doze meses, sendo um estágio em ênfase da Psicologia da Saúde, obrigatório da grade curricular do nono e décimo semestre do curso.

A experiência foi vivenciada em um CAPS II de uma cidade do Rio Grande do Sul, que atende a população com transtornos psíquicos graves e persistentes que reside na região. O objetivo era apresentar a implantação de um grupo de familiares de usuários neste local.

Os relatos de experiência são metodologias de observação sistemática das ações, com um olhar crítico que permite refletir sobre o vivenciado e as bases teóricas pertinentes, sem a perspectiva de gerar hipóteses (DYNIEWICZ, 2009).

Os CAPS possuem caráter aberto e comunitário, com equipes multiprofissionais e transdisciplinares, que realizam atendimento a pessoas com sofrimento ou transtornos mentais graves e persistentes, sem excluir aqueles decorrentes do uso de crack, álcool ou outras drogas.

O CAPS II atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. É indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70.000 (setenta mil) habitantes.

O CAPS II, no qual foi realizado o estágio, conta com uma equipe multiprofissional formada por psicólogos, médico psiquiatra, fisioterapeuta, técnico administrativo, técnico em saúde mental, técnico em enfermagem, enfermeiros, assistente social, residentes, estagiários e serviços gerais.

Durante o estágio, percebeu-se a necessidade da implantação de um grupo para familiares. Diante disso decidiu-se em reunião da equipe criar um grupo voltado às famílias.

Após a criação do grupo, as profissionais que se propuseram a organizá-lo reuniam-se para programar os encontros. Em seguida, verificou-se com os usuários se seus familiares tinham interesse em participar. Com os familiares que não vinham no serviço, os convites foram feitos por telefone, e também os profissionais divulgavam nos seus respectivos grupos.

O grupo passou a ser realizado quinzenalmente, era aberto para a participação de familiares de usuários do CAPS sendo conduzido por duas assistentes sociais, um enfermeiro e a estagiária de psicologia. No início poucas pessoas compareceram. Então os profissionais buscaram fazer contato com mais pessoas. Deste modo, do terceiro encontro participaram sete familiares que demonstraram interesse em continuar participando do grupo, que ainda está funcionando.

Durante os encontros eram tratados diferentes assuntos, escutas dos familiares, esclarecimentos de dúvidas que os familiares tinham com relação aos sintomas da doença e comportamentos dos pacientes no cotidiano. Era um momento de cuidado para estes familiares que também tem a necessidade de serem ouvidos e tratados, pois são eles que convivem com as pessoas que tem algum transtorno. Isso faz com que elas também sofram com a situação do seu familiar.

No início participaram do grupo poucas pessoas, normalmente dois familiares, mas mesmo sendo poucos participantes, o grupo foi se firmando e no terceiro encontro sete pessoas participaram, havendo uma troca muito rica entre eles.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a realização dos grupos foi possível perceber o quanto os familiares também precisam de um momento para falar, serem ouvidos e ouvir histórias de vidas semelhantes ou diferentes das suas, cada história com suas adversidades e complexidades. Receber um simples cuidado por parte da equipe, na escuta, por exemplo, é considerado por eles como importante para que possam continuar cuidando do seu familiar e tendo mais entendimento sobre o sofrimento psíquico.

Rauter (2000) salienta que a estratégia de ter a família como aliada no cuidado do paciente com sofrimento psíquico constitui-se como uma parceria que proporciona trocas entre o serviço, o usuário e sua rede social. Convocar a família para assumir este cuidado juntamente com a equipe, torna o cuidado uma prática coletiva e promove a cidadania.

Na atenção psicossocial, as equipes de saúde mental devem ter como objeto do cuidado a unidade familiar em toda sua complexidade, compreendendo-a como integrante fundamental no tratamento, na recuperação e no processo de reabilitação psicossocial. Por isso, é fundamental que a família seja acompanhada pelos serviços de saúde mental de maneira que suas necessidades sejam acolhidas (MIELKE et al., 2010).

Souza e Scatena (2005) ressaltam ainda que os profissionais, muitas vezes, trabalham com a concepção de uma família idealizada de maneira que precisam se libertar de preconceitos e compreender a família em sua singularidade, dando o suporte necessário, com o intuito de tê-la como parceira e alvo do cuidado em Saúde Mental. A família e o cuidado precisam ser pensados de diversas maneiras buscando possibilidades de intervenção e de ajuda. Nesse sentido, é preciso, ainda, construir um novo paradigma e, conseqüentemente, uma nova linguagem, que possa dar conta da complexidade dessas questões, apoiando-se na participação e no desenvolvimento de projetos que alarguem os espaços de liberdade dos sujeitos.

Sendo assim, a pessoa com sofrimento psíquico deverá contar com as pessoas com quem se relaciona para superação dos obstáculos advindos do sofrimento mental e de seu tratamento (MONTEIRO; BARROSO, 2000).

Souza e Scatena (2005) apontam para dois desafios atuais que se apresentam no campo da Saúde: compreender as famílias, considerando-se a especificidade e a diversidade dos contextos culturais nos quais estão inseridas e prestar-lhes assistência condizente com esses contextos e sua dinâmica própria. Para os autores, é necessário uma aproximação e relacionamento entre profissionais de saúde e familiares, os quais possibilitem uma construção conjunta de possibilidades terapêuticas. O profissional deve “deixar de lado” ideias preconceituosas com relação à família, as quais podem dificultar o aparecimento de ações e recursos locais que favoreçam o cuidado.

Assim, entendemos que as concepções que o profissional tiver acerca da família e a maneira como faz uso delas, em muito definirá suas intervenções, contribuindo ou não para a melhoria da qualidade de vida familiar. O importante é ter o familiar como aliado nos cuidados da pessoa com sofrimento psíquico.

Sabe-se que o convívio com a doença psiquiátrica é muito difícil para o grupo familiar, o que é agravado quando a doença tende a ser de duração prolongada, quando apresenta recidivas de manifestações agudas e, principalmente, é vivida como incapacitante e estigmatizadora.

Makilim e Maycoln (2012) ressaltam que quando a família descobre que alguém das suas relações é diagnosticado com um transtorno mental pode oferecer um suporte positivo ou se mostrar vulnerável frente à situação.

Para os autores a família pode representar tanto a fonte de suporte como de estresse para seus integrantes, pois o apoio provindo da família é bastante significativo na superação de problemas e, por outro lado os conflitos com pessoas tão próximas podem gerar grande estresse dificultando o enfrentamento de crises (MAKILIM; MAYCOLN, 2012, p. 49).

Foi possível perceber a partir do acompanhamento aos grupos como é para a família conviver com a pessoa com sofrimento psíquico. Dificuldades de muitas ordens foram identificadas, como a sobrecarga familiar pela qual a família é submetida em decorrência dessa convivência. As reuniões tornam-se importantes para o cuidador doméstico, pois muitas vezes é a maneira mais efetiva para tirar suas dúvidas sobre a enfermidade, o cuidado e o diálogo com os profissionais.

Nos últimos anos, o conceito de sobrecarga familiar (*family burden*) foi desenvolvido para definir os encargos econômicos, físicos e emocionais a que os familiares são submetidos e o quanto a convivência com um paciente representa um peso material, subjetivo, organizativo e social (MELMAN, 2006).

Durante os grupos, os familiares apontaram quais as maiores dificuldades que encontraram quando assumiram a responsabilidade pelos cuidados do seu familiar. Entre elas estão: as várias interações a que os sujeitos são submetidos, alterações de comportamento do familiar, desorganizações nas maneiras habituais de lidar com situações do cotidiano, e ter que responder às demandas desta função de cuidador.

Percebeu-se que a falta de esclarecimentos e informações não fornecidas aos familiares causam um enfrentamento com as situações de dificuldade. Talvez por não possuírem suficiente conhecimento sobre a doença vivenciada pelo seu familiar, não compreendem a sintomatologia e a evolução do quadro clínico da patologia. Por isso, alguns pacientes compartilhavam que seus familiares os acusavam de inventar seus sintomas.

Foi possível, então, durante os grupos, fornecer informações sobre as dúvidas que surgiam com relação aos sintomas. Percebeu-se durante os encontros que cada universo familiar tem sua história, seus padrões familiares distintos, sua identidade própria, sua maneira de viver e proceder. Quando esses parâmetros são privados em função de uma patologia que se instala em um de seus familiares, toda a família é abalada gerando diferentes sentimentos: o medo do imprevisível, a incerteza do amanhã, a tristeza, a angústia e o adoecimento por não saber como lidar com uma situação nova imposta pela doença (GIOVENARDI, 2007).

A relação direta, pessoalizada e intensa entre o cuidador e o portador de transtorno mental envolve influência mútua. O cuidador é também afetado subjetivamente com os sintomas do portador de transtorno mental, mas não só. É também influenciado com o intenso nível de envolvimento emocional e temporal [...] (ROSA, 2003, p. 283).

As mudanças de comportamento das pessoas com sofrimento psíquico geram uma situação de difícil entendimento para a família e também para a sociedade em geral. Melman (2006, p. 80) afirma que “do ponto de vista emocional, o estresse, as vivências de instabilidade e insegurança, os conflitos frequentes nas relações fazem parte do cotidiano dessas pessoas”.

Os familiares ressaltam que é essencial ter muita paciência, tendo que aprender a lidar com qualquer situação de dificuldade que surja no dia a dia da pessoa com sofrimento psíquico. Lembram também que têm um pouco de dificuldade nos cuidados cotidianos, pois muitos de seus familiares não têm autonomia, necessitando assim de um monitoramento e proteção diários.

Percebeu-se nas falas de muitos familiares que o membro de sua família adoecido é visto por alguns membros da família como uma carga, sendo que muitos se afastam e outros ficam com toda a responsabilidade. Esse dado era trazido pela maioria dos participantes do grupo, ficando claro que eles estavam com a reponsabilidade total do familiar adoecido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entendeu-se que a implantação do grupo foi importante para muitas famílias de usuários do CAPS, pois forneceu um espaço de escuta para suas dificuldades e exposição de dúvidas que surgiam com relação ao sofrimento psíquico de seu familiar. Também auxiliou com sugestões de possíveis mudanças no modo de convivência em família buscando potencializar as atitudes positivas que seus familiares demonstravam no cotidiano.

Assim, pode-se perceber que a participação efetiva da família ajuda no estabelecimento de estratégias de intervenção mais abrangentes e consistentes possibilitando serem trabalhadas as dificuldades e as necessidades de ambos. Entendeu-se também que o envolvimento da família no cuidado ao indivíduo com sofrimento psíquico foi fundamental para seu tratamento.

Considerou-se que a família foi uma parceira importante no processo de tratamento e reabilitação psicossocial do usuário da saúde mental. A atenção psicossocial, associada ao universo familiar, pode facilitar a reinserção social do sujeito e a promoção da saúde da família como um todo, tendo em vista todas as dimensões vividas no cotidiano.

Desse modo, entende-se que a implantação do grupo para familiares foi muito importante para fortalecer as relações do usuário com seu familiar e também para que a equipe possa ter contato com essas famílias, proporcionando reflexões com relação ao cuidado, aos sintomas da doença e à administração das medicações, o que possibilitou dar um suporte, criando novas intervenções que considerassem a subjetividade dos sujeitos envolvidos, incentivando a participação da família nos espaços, compreendendo que acolher e escutar são portas fundamentais para acesso e atenção em saúde mental.

Implantar um grupo voltado às famílias na lógica da atenção psicossocial foi uma tarefa complexa, mas que, quando executada, demonstrou sua importância e seus resultados positivos. Percebeu-se que a maneira de tratar o familiar com diagnóstico mudou depois que os familiares participaram do grupo, demonstrando ter um cuidado mais compreensivo, após terem tido os esclarecimentos sobre os sintomas da doença. O grupo para familiares foi uma prática de saúde cujo retorno foi visível, pois as famílias criam vínculos e laços afetivos importantes com as equipes dos serviços, tendo-os como referência para o cuidado do seu familiar com sofrimento psíquico.

Com base no presente trabalho, entende-se que trabalhar com familiares de usuários da saúde mental é um processo que ainda está em evolução. Refere-se ainda que é interessante continuar desenvolvendo novas pesquisas para o avanço do conhecimento na área, pois este trabalho constituiu-se em um recorte da realidade. Desta maneira, a partir de novas pesquisas, será possível acompanhar a evolução para a sociedade em geral.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. (Coord.). **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRAUN, L. M.; DELLAZZANA-ZANON, L. L.; HALPERN, S. C. A família do usuário de drogas no CAPS: um relato de experiência. **Revista da SPAGESP**, v. 15, n. 2, p. 122-140, 2014.

DYNIWICZ, A. M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. 2. ed. São Caetano do Sul (SP): Difusão, 2009.

GIOVENARDI, M. **A inserção da família na rede de cuidados em saúde mental**. Porto Alegre: Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2007.

KALINA, E. et al. **Drogadição hoje: indivíduo, família e sociedade**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

MAKILIM, N. B.; MAYCOLN, M. T. **Psicologia de família teoria, avaliação e intervenção**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

MELMAN, J. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. São Paulo: Escrituras, 2006.

MIELKE, F. B. et al. A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 761-765, 2010.

MINUCHIN, S.; NICHOLS, M. P. **A cura da família: histórias de esperança e renovação contadas pela terapia familiar**. Porto Alegre: Artmed, 1995.

MONTEIRO, A. R. M.; BARROSO, M. G. T. A família e o doente mental usuário do hospital-dia: estudo de um caso. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 8, n. 6, p. 20-26, 2000.

OLIVEIRA, W. F. Éticas em conflito: reforma psiquiátrica e lógica manicomial. **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 48-61, out./dez. 2009.

PASSOS, M. C. Nem tudo que muda, muda tudo: um estudo sobre as funções da família. In: CARNEIRO, T. F. **Família e casal: efeitos da contemporaneidade**. Rio de Janeiro: PUC-Rio, 2005.

PAYÁ, R. Terapia familiar. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA R. (Org.). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 319-327.

ROSA, L. C. S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

RAUTRE, C. Oficina para que? Uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas. In: AMARANTE, P. **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 267-277.

SCHENKER, M. **Valores familiares e uso abusivo de drogas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

SCHRANK, G; OLSCHOWSKY, A. O centro de atenção psicossocial e as estratégias para a inserção da família. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 42, n. 1, p. 127-134, 2008.

SOUZA, R. C. E.; SCATENA, M. C. M. Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 173-179, 2005.

YASUI, S. A atenção psicossocial e os desafios do contemporâneo: um outro mundo é possível. **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 1-9, jan./abr. 2009.