

## O PAPEL DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DO DOENTE MENTAL: CONSIDERAÇÕES SOBRE O CUIDADO E O CUIDADOR

Milene Maria Santos Braga<sup>1</sup>

Magalí de Paula Silva Santana<sup>2</sup>

magalips@yahoo.com.br

Área do Conhecimento: Ciências Humanas

### RESUMO

Trata-se de um estudo sobre o papel da família no tratamento do doente mental e a necessidade de apoio a essas famílias em um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) de um município da Zona da Mata mineira. Os CAPS são serviços de saúde municipais que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social por meio do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. O objetivo deste trabalho foi apresentar a experiência de estágio básico supervisionado e discutir o papel da família no contexto do CAPSi. A metodologia utilizada foi a pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa. A família constitui o primeiro sistema social dentro do qual o ser humano cresce e se desenvolve, sendo assim, seu apoio é essencial para o tratamento do doente mental. Da mesma forma é de fundamental importância oferecer à família orientação e assistência para que aprenda a lidar com a doença mental.

**PALAVRAS-CHAVE:** família; saúde mental; CAPSi.

### 1. INTRODUÇÃO

O modelo atual em saúde mental dá ênfase ao tratamento do portador de sofrimento psíquico no seio familiar, sendo a família incorporada no processo terapêutico e peça fundamental para a reabilitação psicossocial do usuário. Antes, a família se apresentava como simples observadora dos acontecimentos. Hoje, o serviço precisa estar com as portas abertas à inserção desta família, integrando-a e incentivando-a a participar das atividades desenvolvidas pelo serviço, ao mesmo tempo, dando suporte para que possa contribuir para a manutenção da saúde do usuário do serviço (ACIOLY, 2009).

---

<sup>1</sup> Acadêmica do curso de Psicologia da Faculdade UNIVÉRTIX.

<sup>2</sup> Psicóloga, Especialista em Psicopedagogia Institucional e Clínica e Docência do Ensino Superior; Professora da Faculdade UNIVÉRTIX.

Um dos espaços de atuação do psicólogo brasileiro em saúde mental é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um dos dispositivos da rede substitutiva que compõe uma rede interligada e faz parte da política da reforma psiquiátrica. Considera-se, então, que uma das funções desse profissional é propiciar o desenvolvimento de novos laços entre o usuário e sua realidade, fundados em uma maior autonomia e na sua liberdade de ser e de estar no mundo. Assim, a atuação do psicólogo na atenção básica deve estar direcionada à compreensão dos problemas humanos (BOING, CREPALDI, MORÉ, 2009).

Nesse contexto, a família é responsável por promover o contato entre o doente e os serviços de saúde existentes. Cabe à mesma elaborar e redimensionar valores e expectativas relacionadas ao cotidiano e ao futuro de seu familiar com sofrimento psíquico. A família constitui o primeiro sistema social dentro do qual o ser humano cresce e se desenvolve. Discute-se, então, a necessidade de um sistema de atenção em saúde mental que contemple a abordagem integral dos indivíduos e de seus familiares, a partir de ações e estratégias que promovam a inserção do usuário no seu grupo familiar e na comunidade (BIELEMANN *et al*, 2009).

Nesse sentido é possível perceber a importância da família no sucesso da terapêutica adotada pelo serviço. Compreende-se que não basta tratar um único membro da família, mas oferecer cuidado a todos os familiares envolvidos com o sofrimento psíquico. Por entender a família como essencial para a efetividade do tratamento, este trabalho se justifica, uma vez que seu objetivo é chamar a atenção para a necessidade de cuidar tanto do doente mental quanto da família que, muitas vezes, não sabe como lidar com os desafios que enfrenta no dia a dia.

É possível perceber, por meio das experiências vivenciadas no campo de estágio da saúde, que os familiares são considerados como parceiros no tratamento e podem participar, não somente incentivando o usuário a se envolver no processo terapêutico, mas também participando diretamente das atividades do serviço, tanto internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social.

O objetivo deste estudo foi apresentar a experiência de estágio básico supervisionado e discutir o papel da família no contexto do CAPSi.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E O SURGIMENTO DO CAPS

Apesar de apresentarem particularidades, as principais mudanças ocorridas no tratamento da doença mental na Itália, França, Inglaterra, EUA e Brasil estão interligadas, decorrentes do contexto sócio-histórico e da maneira como cada sociedade se relaciona com a loucura (AMARANTE, 2003).

De acordo com Resende (1987), no Brasil, durante muito tempo a doença mental conservou-se silenciada. Os doentes mentais eram, muitas vezes, expostos a depreciações e viviam da caridade pública, e quando demonstravam comportamentos violentos, eram aprisionados.

As Santas Casas de Misericórdia abrigavam os doentes mentais da época, no entanto, não proporcionavam assistência médica adequada. Na realidade, nem sabiam como tratar sujeitos com algum sofrimento psíquico (RESENDE, 1987). Durante muitos anos, a base do tratamento psiquiátrico foi a internação por tempo indeterminado em manicômios (SARACENO, 2001).

Aos poucos, foram sendo reconhecidos, na loucura, certos comportamentos específicos dos doentes mentais. Para Foucault (1997), a loucura não diz respeito à verdade do mundo, mas ao homem e à verdade que ele distingue de si mesmo.

Em meio a essas transformações, surgiu, no final do século XVIII, o hospital psiquiátrico. Contudo, o louco, na primeira revolução psiquiátrica, era vigiado em seus movimentos. Com técnicas, como o tratamento moral, a internação passou a ter um aspecto asilar e os doentes mentais tornaram-se objetos das práticas psiquiátricas (RESENDE, 1987).

Na estrutura asilar, o médico detinha o poder, e o doente mental era excluído e mantido atrelado à condição de objeto. *“Trata-se do ‘poder institucional’, (...), ou de um poder ‘terapêutico’, ‘teórico’, ‘carismático’ ou ‘fantasmagórico’, em que o psiquiatra goza de uma situação de privilégio em relação ao doente”* (BASAGLIA et al, 2002, p. 17).

Ergue-se, questionando o paradigma asilar e suas formas de exclusão, a reforma psiquiátrica, propondo novos modos de atenção aos chamados loucos e a possibilidade de construção de outro lugar social para a loucura. Dessa maneira, nos discursos da reforma psiquiátrica, com o princípio da desinstitucionalização, esses

sujeitos aparecem como atores sociais imprescindíveis à construção desse outro lugar social para a loucura (ACIOLY, 2009).

A desinstitucionalização prevista na reforma psiquiátrica implica ampliar o conceito de cidadania, no sentido de admitir a pluralidade dos sujeitos, com suas diferenças e diversidades, colocando-os no mesmo patamar de sociabilidade e dando-lhes o real direito ao cuidado, para que possam receber ajuda em seu sofrimento, levando em consideração as suas potencialidades e possibilidades (BIELEMANN *et al*, 2009).

Nesse sentido, durante os últimos 20 anos em que o processo de reforma psiquiátrica tomou maior visibilidade no cenário brasileiro, observa-se o surgimento de iniciativas de organização coletiva de usuários de serviços de saúde mental e seus familiares (ACIOLY, 2009).

Ao longo da década de 1990, foram desenvolvidos e concretizados os processos que recentemente compõem o cenário da reforma psiquiátrica brasileira (CANTELE, 2013).

A Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216), depois de doze anos de sua apresentação foi aprovada pelo presidente em 6 de abril de 2001 e “*dispõe sobre a proteção e o direito das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*” (BRASIL, 2001). O doente mental tornou-se sujeito incluído no mundo dos direitos e da cidadania, deixando de ser apenas objeto da prática psiquiátrica (AMARANTE, 1995).

O percurso da reforma psiquiátrica brasileira passa a ser visto de maneira diferenciada. A realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental consolidou o novo modelo assistencial dos CAPS (ONOCKO-CAMPOS e FURTADO, 2006).

#### Os Centros de Atenção Psicossocial

(...) são serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas por meio do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2005, p. 27).

Eles se distinguem por sua complexidade e organizam-se de acordo com o número populacional de cada cidade. Esses serviços são classificados como: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad (BRASIL, 2005).

O CAPSi, instituição visitada durante o estágio, é um serviço especializado no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais e estabelece a cobertura de municípios com população superior a 200.000 habitantes. Os CAPSi funcionam durante os cinco dias úteis da semana, com uma equipe mínima de 11 profissionais de nível médio e superior, realizando o acompanhamento de cerca de 180 crianças e adolescentes por mês.

Os Centros de Atenção Psicossocial têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira e o seu surgimento passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país (BRASIL, 2005).

## **2.2 A Família como Essencial no Tratamento e como Sujeito que Necessita de Suporte**

De acordo com Sanare (2015), o comprometimento da família com essa nova forma de cuidar é de fundamental importância e exige uma (re) organização familiar. A responsabilidade do familiar com o usuário é positiva, pois, além de intensificar suas relações, o familiar torna-se parceiro da equipe de saúde mental no cuidado do usuário e um facilitador das ações de promoção em saúde mental.

O primeiro contato que temos com o mundo é por meio de nossos pais, é na família que se estabelecem as primeiras relações afetivas, se aprendem os primeiros valores e se compartilham dúvidas, angústias e temores, sendo também o primeiro espaço de ajustamento e organização das relações e funções a serem desempenhadas pelo indivíduo na sociedade, determinante no desenvolvimento da afetividade, da sociabilidade e do bem-estar físico do indivíduo e espaço de proteção contra os perigos do mundo exterior (SANARE, 2015).

A convivência do familiar com o doente mental desperta alguns sentimentos que expressam as dificuldades nesse processo: o despreparo emocional e do entendimento para a doença mental; a angústia e impotência diante da crise; a cidadania comprometida; o ambiente familiar e interacional nas relações pessoais: a rejeição, a culpabilização, a medicalização do corpo para a cura e o sanar dos problemas familiares (JORGE *et al*, 2008).

Koga (1997) enfatiza a importância de se oferecer à família orientação e assistência para que aprenda a lidar com a doença mental. Waidman (1999) afirma que é necessário propiciar à família do doente mental informações para que esta possa atuar como agente ressocializador e facilitador da integração da pessoa na família e na comunidade.

A ideia é reforçada por Sarraceno (1999), quando afirma ser relevante o aumento da estabilidade emocional no ambiente familiar e a capacidade dos familiares para interagirem com a pessoa doente, além de torná-los capazes de exprimirem os próprios sentimentos e necessidades de forma direta, facilitando a solução dos conflitos que possam surgir. Cordo (1996) ressalta a necessidade de se estimular o profissional de saúde a trabalhar em conjunto com a família.

### **3. METODOLOGIA**

O presente trabalho procurou observar a família como elemento essencial no processo terapêutico do doente mental no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) de uma cidade da Zona da Mata Mineira. Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa realizada a partir da observação de oficinas, atividades e entrevistas com os profissionais. As atividades ocorreram durante 30 (trinta) horas do Estágio Supervisionado Básico III, com ênfase em saúde, conforme a grade curricular do 6º período do Curso de Bacharelado em Psicologia da Faculdade Vértice/Univértix.

Segundo Gil (2007), a pesquisa é definida como o procedimento racional e sistemático que proporciona respostas aos problemas que são propostos e se desenvolve por um processo constituído de várias fases, desde a formulação do problema até a apresentação e discussão dos resultados.

A pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc. Os pesquisadores qualitativos se preocupam em não fazer julgamentos, nem permitir que seus preconceitos e crenças contaminem a pesquisa (GOLDENBERG, 1997).

O CAPSi, onde foi realizado o estágio, conta com: 1 (uma) psicóloga, 1 (um) médico clínico, 1 (um) profissional de educação física, 1 (um) copeiro, 1 (uma) médica psiquiatra, 1 (uma) técnica de enfermagem, 2 (dois) auxiliares de escritório, 1

(uma) fonoaudióloga, 1 (uma) enfermeira, 1 (um) gerente de serviços de saúde e assistente social, 1 (um) farmacêutico, 1 (um) neuropediatra, 1 (um) técnico administrativo, 1 (um) auxiliar de serviços gerais, 1 (uma) auxiliar de cozinha, 1 (um) porteiro e 2 (duas) oficinairas. O CAPSi tem a proposta de atender uma média de 45 usuários por dia, entre 0 e 17 anos, podendo o paciente ficar até os 25 anos, caso não tenha condições de ser tratado em outros serviços.

As equipes técnicas acolhem os usuários, desenvolvem os projetos terapêuticos, trabalham nas atividades de reabilitação psicossocial, compartilham do espaço de convivência do serviço e buscam soluções para problemas inesperados e outras questões que demandam providências imediatas.

Para a realização das atividades, oficinas e funcionamento como um todo, o CAPSi conta com sede própria em uma área de 1.200 m<sup>2</sup> e conta com 1 (uma) recepção, 2 (dois) sanitários públicos, separados por sexo e adaptados para uso de portadores de deficiência e/ou com mobilidade reduzida, 1 (uma) farmácia, salas de secretaria multiuso, reunião, diretoria, arquivo, 2 (dois) quartos para observação separados por sexo com quatro leitos cada, posto de enfermagem, rouparia, quarto para plantonista, 2 (duas) salas para oficina, 2 (dois) sanitários para pacientes separados por sexo e adaptados para uso de portadores de deficiência e/ou com mobilidade reduzida, com lavabo e acessórios, 2 (dois) vestiários para funcionários possuindo cada um três boxes com lavabo e acessórios, depósito de material de limpeza, almoxarifado, copa, cozinha industrial, refeitório amplo, área livre para circulação com quadra de esportes.

A edificação é ampla, com os ambientes iluminados naturalmente e com ventilação que possibilita a renovação do ar. Sua localização é no nível da via pública permitindo acessibilidade para pessoa portadora de deficiência física, visual e/ou mobilidade reduzida.

Foram realizados encontros em um grupo de 3 (três) estagiários que acompanharam as atividades realizadas pela psicóloga, pela profissional de educação física e pela oficinaira com duração de 2 (duas) horas semanais. Os funcionários do CAPSi se apresentavam sempre solícitos, recebendo a todos com muita disponibilidade e atenção.

#### **4. CATEGORIAS EMERGENTES DA COLETA DE DADOS**

A partir das observações realizadas no CAPSi, foi possível conhecer a atuação da equipe multiprofissional da instituição e as práticas do psicólogo nesse contexto. As observações tinham o objetivo de acompanhar a participação da família no tratamento do doente mental e avaliar a necessidade de apoio e orientação a essas famílias.

No primeiro contato, o objetivo foi observar o campo institucional com o propósito de conhecer o espaço físico, o funcionamento e estabelecer uma relação de confiança e vínculo com a equipe da instituição. Segundo Zanini (2007) quando há relação de confiança entre as pessoas, a probabilidade de trocas e o compartilhamento das informações são maiores, aumentando assim a satisfação e a motivação.

No primeiro encontro foi possível perceber a responsabilidade de cada profissional envolvido no atendimento aos usuários, ressaltando a importância da equipe multidisciplinar. Para o Ministério da Saúde, o trabalho multidisciplinar é preconizado para a realização da mudança da saúde, sendo de extrema importância a interação interdisciplinar, na qual trabalhadores de diferentes formações e conhecimentos realizam o cuidado do paciente, com intervenção técnica e científica (FIGUEIREDO, 2004).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) oferecem diversos tipos de atividades terapêuticas, como: psicoterapia individual ou em grupo, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, atividades artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicação, atendimento domiciliar e aos familiares (BRASIL, 2005).

Entre as atividades realizadas pelos usuários destacam-se: desenhos, pinturas, artesanato, jogos, atividades com música, entre outras. Os estagiários participaram, ao longo do estágio, de oficinas terapêuticas que possibilitaram interação e contato com os usuários que expressavam seus sentimentos e emoções por meio das atividades propostas.

No Brasil, a pioneira neste tipo de terapêutica foi a médica psiquiatra Nise da Silveira, que considerava as terapias utilizadas na época muito agressivas para o tratamento dos transtornos mentais. A psiquiatra entendia que em um ambiente cordial e sensível, os pacientes poderiam expressar suas vivências utilizando a pintura, o desenho e a escultura (ROCHA, 2005). Nise da Silveira considerava a terapêutica ocupacional essencial para "criar oportunidade para que as imagens do

inconsciente e seus concomitantes motores encontrassem formas de expressão" (SILVEIRA, 1981).

Dentre as atividades desenvolvidas no campo de estágio foi possível a realização de entrevista de anamnese infantil com um usuário e seu responsável. Esse momento caracterizou-se como um grande desafio, visto que a entrevista não deve ser entendida como distante, fria ou exploratória apenas. Todavia, é essencial que o cliente se sinta atendido em sua demanda, ao mesmo tempo em que não pode se sentir invadido (CARRASCO e POTTER, 2005).

Nesse sentido, conduzir uma entrevista de anamnese foi uma experiência significativa, pois segundo Macedo e Carrasco (2005), a entrevista é um recurso importante e fundamental que o psicólogo utiliza em seu trabalho e, quando estabelecida como uma situação de diálogo, pode ser um meio privilegiado de acesso ao outro, criando-se as condições necessárias para que uma relação de ajuda seja constituída. No campo da saúde mental, o papel da entrevista inicial tem o propósito de obter informações necessárias para planejar o tratamento (MORRISON, 2010).

Para a compreensão da importância da família no tratamento dos usuários, foi de grande relevância a observação dos pais acompanhando os seus filhos nos serviços do CAPSi. A mudança de paradigmas na saúde mental modifica a relação da família com o portador de transtorno mental, uma vez que a desinstitucionalização começa a considerar a família no cuidado e passa a ser objeto de estudo, surgindo diferentes visões sobre ela, conforme sua relação com o portador de transtorno mental.

Dentre essas visões, a família pode ser vista como mais um recurso, como uma estratégia de intervenção como um lugar de possível convivência do portador de transtorno mental; a família como sofredora, necessitando de assistência e suporte social; a família como um sujeito de ação política e coletiva, construtor de cidadania e a família como provedora de cuidado, mas sempre com o auxílio dos serviços de saúde (ROSA, 2003).

Os familiares dos usuários do CAPSi são considerados parceiros no tratamento e participam das atividades propostas. Sua participação busca oferecer auxílio ao portador de doença mental e ajudá-los, enquanto família, que também necessita de suporte. Segundo Witiuk e Silva (2003), a partir do diagnóstico confirmado de doença mental o que se percebe, é que a família fica fragilizada, suas

relações internas e externas ficam totalmente comprometidas. Nesse sentido, o psicólogo necessita estar atento às possibilidades e aos recursos da família, ao modo como cada um reage diante do momento vivido e ao contexto de vida dessa família, pois, para Pontes (2009) na relação familiar ou nos atendimentos de família, é comum que as discussões girem em torno dos sintomas.

Dessa maneira, a vida de todos os envolvidos, direta ou indiretamente, se modifica. De acordo com Maciel (2000), uma readequação é necessária, uma vez que esse portador precisa de uma atenção e cuidados especiais, o que pode também gerar um maior custo.

Foi possível observar, ao longo do período de estágio, que a família é de suma importância para uma maior objetividade do tratamento do portador de doença mental e que tanto o usuário quanto a família necessitam de amparo, cuidado e orientação quanto às dúvidas e dificuldades enfrentadas.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência do estágio permitiu inúmeras reflexões sobre o papel da família no tratamento ao doente mental e sobre a necessidade dessa família também ser assistida. A família é uma unidade social fundamental para o processo de crescimento/desenvolvimento do ser humano. Entendida como base, ela é formada por pessoas que se relacionam no contexto familiar e com a sociedade, no contexto mais amplo. No âmbito familiar, ocorrem situações que exigem a capacidade de ajustar-se a novos acontecimentos. Assim, a família, como grupo de convivência, requer de seus integrantes a capacidade constante de repensar, reorganizar estratégias e respeitar a individualidade do outro.

Nesse sentido, a família precisa reconhecer o doente mental como ser de possibilidades, capacidades e potencialidades e, independente das limitações, incluí-lo nas atividades diárias da família. Além disso, é fundamental compartilhar as experiências do viver, fornecer apoio nos momentos adversos, interagir, potencializar o diálogo e garantir o desenvolvimento saudável do doente mental, a fim de que possa assumir a vida pessoal e profissional.

Da mesma forma a família necessita de orientação e acompanhamento pelo fato de, muitas vezes, se sentir impotente, fragilizada, culpada, frustrada e não saber

como agir diante da doença mental. São experimentados múltiplos sentimentos e isso pode ser um grande desafio no seio familiar.

Compreende-se então, como fundamental, a participação da família nos serviços oferecidos nos Centros de Atenção Psicossocial. Ressalta-se, ainda, a responsabilidade e o compromisso dos profissionais que atuam na área da saúde mental, de incluir os familiares nos projetos terapêuticos de seus integrantes portadores de doença mental para que estes ofereçam o suporte e o cuidado devido e sejam também assistidos e orientados em suas dificuldades.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACIOLY, Yanne. **Reforma Psiquiátrica: construção de outro lugar social para a loucura?** I Seminário Nacional Sociologia e Política. Sociedade e Política em tempos de incerteza. UFPR, 2009.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil.** 2ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**, v.11, n.3, p.491-494, 1995.

BASAGLIA, Franco *et al.* Considerações sobre uma experiência comunitária. In: AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p.11-40.

BIELEMANN, Valquíria de Lourdes Machado *et al.* A inserção da família nos Centros de Atenção Psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. **Texto Contexto Enferm.**, vol.18, n.1, p.131-139. Florianópolis, 2009.

BOING, Elisângela; CREPALDI, Maria Aparecida; MOREÍ, Carmem. A epistemologia sistêmica como substrato à atuação do psicólogo na atenção básica. Universidade Federal de Santa Catarina. **Psicol. cienc. prof.**, v.29, n.4, Brasília, dez. 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Lei Federal n. 10.216. **Lei da Reforma Psiquiátrica.** Brasília, DF, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **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. Brasília, DF, 2005.

CANTELE, Juliana. **Novos olhares em torno da prática psicológica: o ponto de vista dos profissionais que compõem as equipes multiprofissionais dos CAPS.** Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS, 2013.

CARRASCO, Leanira Kesseli; POTTER, Juliana Rausch. Psicodiagnóstico: recurso de compreensão. In: MACEDO, Mônica Medeiros Kother; CARRASCO, Leanira Kesseli (Orgs.). **(Con)textos de entrevista: olhares diversos sobre a interação humana**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005, p. 181-191.

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL ESPAÇO VIVO (CAPSi). Plano Social de Saúde Mental, 2017 - 2020.

FIGUEIREDO, Vanda Valle; RODRIGUES, Maria Margarida Pereira. Atuação do Psicólogo nos CAPS do Estado do Espírito Santo. **Psicologia em Estudo**, v.9, n.2, p.173-18, 2004.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. Tradução de José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Perspectiva, 1978 (1997).

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GOLDENBERG, Mírian. **A arte de pesquisar**. Rio de Janeiro: Record, 1997.

JORGE, Maria Salete Bessa *et al.* Representações sociais das famílias e dos usuários sobre participação de pessoas com transtorno mental. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v.42, n.1, p.135-42, 2008.

JULIANA, Cantele. **Novos olhares em torno da prática psicológica: o ponto de vista de profissionais que compõem as equipes multiprofissionais dos Centros de Atenção Psicossocial**. Universidade Federal de Santa Maria. Centro de Ciências Sociais e Humanas. Programa de Pós-graduação em Psicologia. Santa Maria, RS, 2013.

KOGA, Mariko. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. Ribeirão Preto, 1997. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

MACIEL, Maria Regina Cazzaniga. Portadores de deficiência: a questão da inclusão social. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 51-56, Junho, 2000 .

MACHADO, Ana Lúcia. Reforma psiquiátrica e mídia: representações sociais na Folha de São Paulo, Brasil. **Revista ciência & saúde coletiva**, v. 9, n. 2, São Paulo, 2004.

MACEDO, Mônica Medeiros Kother; CARRASCO, Leanira Kesseli. A entrevista clínica: um espaço de intersubjetividade. In: MACEDO, Mônica Medeiros Kother; CARRASCO, Leanira Kesseli (Orgs.). **(Con)textos de entrevista: olhares diversos sobre a interação humana**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005, p. 17-32.

MORRISON, James R. **Entrevista inicial em saúde mental**. 3ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2010.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa e FURTADO, Juarez Pereira. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 1053-1062. Rio de Janeiro, 2006.

PONTES, Marcos Naime. Famílias e psicoses. In: OSÓRIO, Luiz Carlos; VALLE, Maria Elizabeth do. **Manual de terapia familiar**. Porto Alegre: Artmed, 2009, p.343-349.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A. e COSTA, N. do R. (Orgs.). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes, 1987, p. 15-73 (Coleção Saúde e Realidade Brasileira).

ROCHA, Ruth Mylius. **Enfermagem em Saúde Mental**. 2ed. Rio de Janeiro: Senac, 2005.

ROSA, Lúcia. **Transtorno Mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

SANARE, Sobral. Grupo de familiares em CAPSad: acolhendo e reduzindo tensões. **Revista de Políticas Públicas**, v.14, n.1, p.81-86, jan./jun., 2015.

SARACENO, Benedetto. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 1999 (2001).

Silveira, Nise da. **Imagens do inconsciente**. 3ed. Rio de Janeiro: Tipo Editor, 1981.

WAIMAN, Maria Angélica Pagliarini. *et al.* Família e doença mental. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.1, n. ½, p. 27-32, jan/dez, 1999.

WITIUK, Ilda Lopes; SILVA, Rosangela Castro Ribeiro da. **Família do Portador de Transtorno Mental: Vítima ou Vilã?** Curitiba: 2003. Disponível em: <[http://www.cpihts.com/2003\\_07\\_06/Ilda\\_lop.htm](http://www.cpihts.com/2003_07_06/Ilda_lop.htm)> . Acesso em: 02 set. 2015.

ZANINI, Marco Túlio Fundão. **Confiança** – o principal ativo intangível de uma empresa. Rio de Janeiro: Ed. Campus/Elsevier, 2007.