

A família em saúde mental: subsídios para o cuidado clínico de enfermagem*

THE FAMILY IN MENTAL HEALTH: SUPPORT FOR CLINICAL NURSING CARE

LA FAMILIA EN SALUD MENTAL: AYUDA PARA EL CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMERÍA

Kely Vanessa Leite Gomes da Silva¹, Ana Ruth Macedo Monteiro²

RESUMO

Trata-se de reflexão teórica sobre cuidado clínico de enfermagem em saúde mental dado à família. Diante da existência de um membro em sofrimento psíquico, a família delegava ao manicômio o cuidado do seu parente, cabendo à enfermagem colaborar com o trabalho médico, organizando o ambiente e garantindo o isolamento familiar e social. Com o advento da Reforma Psiquiátrica, pautada na proposta de atenção psicossocial, a família passa a ser alvo de atenção dos profissionais de saúde. Enquanto subsídios para o cuidado clínico de enfermagem em saúde mental, acredita-se na necessidade de mudança conceitual, na implementação da educação em saúde, no trabalho interdisciplinar e na clínica ampliada, garantindo a integralidade e a autonomia dos sujeitos. Compreende-se que o cuidado clínico de enfermagem deve permear a politização dos sujeitos, na qual os atores militam em busca da produção de autonomia e as práticas envolvem dignidade, criatividade, acolhimento, interdisciplinaridade, escuta e compartilhamento de saberes.

DESCRIPTORIOS

Família
Saúde mental
Cuidados de enfermagem
Enfermagem psiquiátrica

ABSTRACT

This is a theoretical reflection on the clinical nursing care in mental health that is offered to the family. In view of having a family member with mental suffering, the family would delegate the care to that relative to the mental institution, thus there should be collaboration between the nursing and medical team to organize the environment and ensure family and social isolation. With the Psychiatric Reform, based on the proposal for psychosocial care, the family becomes the center of attention for health care professionals. The necessary support for clinical nursing care includes making conceptual changes in implementing health education, interdisciplinary work, and in the broadened clinic, so as to ensure comprehensiveness and subjects' autonomy. Clinical nursing care should permeate the subjects' politicalization, in which the actors militate to reach autonomy, and the practices involve dignity, creativity, welcoming, interdisciplinarity, hearing, and knowledge sharing.

DESCRIPTORS

Family
Mental health
Nursing care
Psychiatric nursing

RESUMEN

Reflexión teórica sobre cuidado clínico de enfermería en salud mental a la familia. Ante un miembro en sufrimiento psíquico, la familia delegaba al manicomio el cuidado de su pariente, correspondiendo a la enfermería colaborar con el trabajo médico, organizando el ambiente y garantizando el aislamiento familiar y social. Con el advenimiento de la Reforma Psiquiátrica, pautada en la propuesta de atención psicossocial, la familia pasa a ser foco de atención del profesional de salud. Como adyuvantes del cuidado clínico de enfermería en salud mental, se cree en la necesidad de cambio conceptual, en la implementación de educación en salud, en el trabajo interdisciplinario y en la Clínica ampliada, garantizando integralidad y autonomía de los sujetos. Se comprende que el cuidado clínico de enfermería debe facilitar la politización de los sujetos, para que los actores militen por la autonomía y las prácticas involucren dignidad, creatividad, respaldo, interdisciplinaridad; escuchar y compartir conocimientos.

DESCRIPTORIOS

Familia
Salud mental
Atención de enfermería
Enfermería psiquiátrica

* Extraído da dissertação "Cuidado ao familiar de adulto em sofrimento psíquico: desafio para a assistência de enfermagem", Universidade Estadual do Ceará, 2010. ¹ Enfermeira. Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. kelyvanessa@hotmail.com ² Doutora em Enfermagem. Professora do Mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. renruth@uece.br

INTRODUÇÃO

O presente estudo trata-se de uma reflexão teórica sobre o cuidado de enfermagem à família de sujeito em sofrimento psíquico, tendo em vista o modelo de assistência em saúde mental pautado na atenção psicossocial, elaborado a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica Democrática.

A família é constituída com base nas relações de parentesco cultural, sendo historicamente determinada, incluindo-se entre as instituições básicas. É apontada como elemento-chave não apenas para a *sobrevivência* dos indivíduos, mas também para a proteção e a socialização de seus componentes, transmissão do capital cultural e econômico e da propriedade de grupo, bem como das relações de gênero e de solidariedade entre gerações⁽¹⁾.

A família se constitui numa instituição onde os indivíduos iniciam seus processos de formação. Através dela, incorporam padrões de comportamento, valores morais, sociais, éticos e espirituais, entre outros. O núcleo familiar participa da formação da personalidade e contribui para consolidação do caráter e adoção de noções de ética e solidariedade⁽²⁾. Segundo os autores:

Por constituir-se tão complexa em sua estrutura, composição e função, a família não escapa em vivenciar conflitos múltiplos ao longo do seu ciclo vital. Enquanto existe, está sujeita a transformações, necessitando, muitas vezes redimensionar-se em suas posturas diante das diversas realidades e adversidades as quais é submetida, na busca de superação e equilíbrio.

No que diz respeito à família do sujeito em sofrimento psíquico, a partir do surgimento da psiquiatria enquanto saber médico responsável pelo desvelamento da loucura, ela ficou afastada do tratamento de seu parente, visto este se encontrar em hospital psiquiátrico. Nesse modelo, o familiar era aliado do tratamento, sentindo-se culpado devido às proibições de visitas⁽³⁾.

Na institucionalização da loucura, na qual o saber médico passa a ser o detentor e dominador do então *doente mental*, o afastamento dos indivíduos do seu meio social e familiar tornou-se uma premissa do tratamento proposto naquela época, pois a família era vista como causadora do adoecimento, reforçando ainda mais a necessidade do isolamento enquanto medida terapêutica. A relação da família com o manicômio era de cumplicidade na internação do paciente, traduzida na gratidão desses familiares em verem-se aliviados do problema⁽⁴⁾.

Essas duas posturas atribuídas à família — de cúmplice das promessas de cura no ambiente manicomial e de gera-

dora do sofrimento de seu familiar — foram responsáveis durante muito tempo pela indisponibilidade da mesma enquanto recurso terapêutico do sujeito em sofrimento psíquico⁽⁴⁾. A psiquiatria moralizante insistia em separar o paciente do ambiente familiar, propondo o mínimo contato possível com os integrantes de seu grupo parental⁽⁵⁾.

Justificava-se esse procedimento pela necessidade de *proteger* a família da loucura. Tratava-se de prevenir as influências negativas com que os doentes mentais, símbolo da indisciplina e da desordem moral, pudessem contaminar os demais membros, principalmente os mais vulneráveis, como as crianças, os adolescentes e as mulheres jovens.

A respeito da assistência de enfermagem no ambiente hospitalar psiquiátrico, esta se caracterizava pelo uso da repressão, punição e vigilância. O sujeito de sua atenção não recebia tratamento digno, sendo tratado, muitas vezes, com violência, sem estímulo; suas potencialidades eram reduzidas até tornarem-se incapazes de retornar a viver em sociedade⁽⁶⁾. Nesse contexto, o familiar afastado do seu parente acreditava que o deixara em local adequado ao seu tratamento, sob a responsabilidade de profissionais capacitados.

Os trabalhadores de enfermagem no ambiente do hospital psiquiátrico eram atores coadjuvantes no processo de reeducação do louco/alienado, atuando como executores da ordem disciplinar emanada do médico/alienista. Desta forma, eram destituídos de autonomia profissional, sustentando suas ações no modelo biomédico com fins segregador, destituindo o indivíduo do seio familiar e social.

Até a década de 90 do século XX, a ação de enfermagem psiquiátrica se concretizava prevalentemente no campo administrativo, no hospital psiquiátrico, de forma burocrática e baseada no modelo biológico. O papel da enfermagem não alvejava o paciente ou sua família, mas a manutenção do *ambiente terapêutico*, para ser verdadeiro palco de intervenções onde o poder médico era exercido⁽⁷⁾.

Esse fato se justifica devido a Enfermagem, conforme ocorreu com outras profissões de saúde, sofrer em sua prática profissional a influência das organizações produtivas hegemônicas, como o taylorismo e o fordismo, e no campo do ensino, do modelo flexneriano, demarcado na formação por uma preocupação demasiada com a racionalidade técnica e a especialização⁽⁸⁾.

Contudo, posteriormente a enfermagem esteve influenciada pelo referencial das relações humanas. O enfoque deixa de ser apenas o aspecto fisiológico e biológico da doença e passa a ser considerada no contexto das relações do paciente. Deu-se então a postura do enfermeiro como psicoterapeuta, impulsionado pelo trabalho de H. Peplau,

Até a década de 90 do século XX, a ação de enfermagem psiquiátrica se concretizava prevalentemente no campo administrativo, no hospital psiquiátrico, de forma burocrática e baseada no modelo biológico. O papel da enfermagem não alvejava o paciente ou sua família, mas a manutenção do ambiente terapêutico...

definindo a essência da enfermagem através do desenvolvimento dessa habilidade, adquirida através do conhecimento formal sobre aconselhamento com o paciente⁽⁹⁾.

Dentre as enfermeiras que atuaram na enfermagem psiquiátrica, destacaram-se H. Peplau, que formulou a Teoria das Relações Interpessoais, Trevelbee, que consagrou a relação de pessoa a pessoa, e Mizoni, no Brasil, que se preocupou com a humanização da assistência⁽⁹⁾.

Somente com o advento da Reforma Psiquiátrica, defende-se uma nova forma de pensar o processo saúde/doença mental/cuidado. Fortalece-se a substituição da concepção de doença pela de existência-sofrimento, na valorização do cuidar e na adoção do território como espaço social de busca constante do pleno exercício de cidadania.

No Brasil, os primeiros movimentos de familiares registrados surgem das vindas de Basília ao país e da mobilização promovida em torno de suas conferências. A revista *Rádice* noticiou a criação de uma associação de familiares e usuários em Barbacena, a partir de uma visita de Basília aos manicômios da cidade. A revista considerou o movimento francamente crítico quanto ao papel das instituições psiquiátricas, apontando para o sentido de combate às internações compulsórias, às práticas violentas da psiquiatria e apontando a defesa das teorias não-biológicas para explicação das doenças mentais⁽¹⁰⁾.

No atual contexto das políticas públicas, busca-se descartar as alternativas institucionalizadoras, dentre elas os manicômios, na oferta de assistência aos doentes crônicos. Essa alteração ocorreu devido à concepção de que a família e a comunidade constituem-se local e sujeitos imprescindíveis de proteção social⁽¹¹⁾. Para os autores:

A família, como expressão máxima da vida privada, é lugar de intimidade, construção de sentidos e expressão de sentimentos, onde se exterioriza o sofrimento psíquico que a vida de todos nós põe e repõe. É percebida como nicho afetivo e de relações necessárias à socialização dos indivíduos, que assim desenvolvem o sentimento de pertença a um campo relacional iniciador de relações incluídas na própria vida em sociedade⁽¹¹⁾.

No atual contexto, o processo de reforma psiquiátrica não pode ser pensado como simples modificação das estruturas físicas, mas com a reelaboração de concepções, de dispositivos e das formas encontradas para que se possa relacionar com a loucura, comprometendo-se com os interesses daqueles a quem se presta assistência⁽¹²⁾.

Sobre o tema família em saúde mental, é necessário ser nuclear nas práticas que se pretendem inovadoras, acreditando que a desinstitucionalização somente ocorre com a participação efetiva da família. Ao pensar sobre a assistência em saúde mental, a inserção da família é um elemento indispensável para a Reforma Psiquiátrica⁽¹³⁾.

A relevância da inclusão da família nas ações de saúde mental foi defendida através do Relatório Final da III Confe-

rência de Saúde Mental onde se registrou que, à medida em que houvesse a construção de serviços alternativos, estes deviam programar estratégias de ação dirigidas aos familiares, comprometendo-se com os projetos de inserção social, respeitando a sua subjetividade. O processo de substituição progressiva de leitos psiquiátricos por outras formas de assistência exige a potencialização do papel dos familiares nos cuidados dos portadores de transtornos psíquicos⁽¹⁴⁾.

Nessa direção, as políticas de saúde e de assistência social introduzem serviços voltados à família e à comunidade. Dentre as políticas sociais que implementam serviços coletivos apoiados na combinação de modalidades de atendimento ancorados na família e na comunidade, destaca-se o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), enquanto novo espaço de atenção em saúde mental.

No CAPS, defende-se que a inserção da família deve se constituir como uma dinâmica singular, na qual esse relacionamento deve sustentar-se na ideia de apoio e enfrentamento do sofrimento psíquico, integrando, acolhendo, cuidando e incluindo os atores dessa relação nos espaços cotidianos da vida. A parceria com o familiar constitui-se também como garantia de continuidade do cuidado e progresso no tratamento de seus parentes⁽¹⁵⁾.

Os profissionais de saúde devem refletir sobre as intervenções junto ao sujeito em sofrimento psíquico e seus familiares, identificando as necessidades deste grupo. Os profissionais devem trabalhar com o conceito de recuperação, um dos mais recentes acréscimos em reabilitação psiquiátrica, que significa a reformulação de aspirações de vida e eventual adaptação à doença⁽³⁾. Desta forma, observa-se e preocupa-se mais com o sujeito e menos com os sintomas, enfatizando as possibilidades de conviver com as limitações e expandir as potencialidades, tanto na família como na comunidade.

As famílias que convivem com uma situação crônica de doença continuam com as mesmas funções desempenhadas por outras famílias, porém a estas é acrescentada mais uma atribuição, o cuidar na doença. Tais famílias encontram-se em situação de risco, com maior vulnerabilidade, pois a doença crônica, dadas as suas características e quando não devidamente controlada, suga as energias da família, já que ao manifestar suas diferentes alterações transforma seu contexto e cotidiano⁽¹⁶⁾.

A família deve ser entendida como uma unidade de cuidado, ou seja, cuidadora nas situações de saúde e de doença dos seus membros, competindo aos profissionais de saúde apoiá-la e fortalecê-la quando esta se encontrar fragilizada. Assim, a abordagem em saúde mental não se restringe apenas à medicação e eventuais internações, mas também a ações e procedimentos que visem a uma reintegração familiar e social⁽¹⁷⁾.

Percebe-se em estudos atuais que é crescente a importância atribuída à participação e integração da família no projeto terapêutico do sujeito em sofrimento psíquico,

ressaltando-se a premissa quanto a uma assistência con-
dizente com o seu contexto e dinâmica própria⁽¹⁸⁾. Consi-
dera-se fundamental o envolvimento da família na vida
dos usuários dos serviços extra-hospitalares, momento
ideal para se entender os limites e potencialidades das famí-
lias, possibilitando o suporte para ações de reabilitação
e inclusão social dos sujeitos envolvidos.

A assistência ao familiar deve proporcionar apoio no
enfrentamento dos problemas cotidianos, impedindo a
transformação dos problemas vivenciados em doença, fo-
calizando na orientação e educação com fim na prevenção
e enfrentamento da situação crônica de saúde⁽¹⁶⁾.

Como profissionais de saúde, deve-se atentar para as
dificuldades enfrentadas por algumas famílias em lidar
com paciente diagnosticado como sofrendo psicicamen-
te. Os preconceitos que sofre o usuário vão se refletir na
família, que pode, por isso, negar a doença ou abandonar
o paciente. A efetiva participação da família como grupo
mais importante na vida do portador de sofrimento psí-
quico é uma ferramenta fundamental para o sucesso da
assistência de enfermagem.

REFLEXÃO

A família vem se mantendo ao longo da história da
humanidade como instituição social permanente, o que
pode ser explicado por sua capacidade de mudança/adapa-
tação, resistência e por ter um bom reconhecimento pela
sociedade e por aqueles que a integram. A família é fonte
potencial de apoio e não pode estar excluída quando se li-
da com indivíduos. É necessário reconhecer a importância
da família no contexto atual da saúde, revelando ações de
saúde fundamentadas na promoção e educação em saúde
para o bem-estar como ponto de partida para a melhoria
das condições a que está submetida.

Analisando a prática de enfermagem em saúde mental
e a proposta defendida pela reforma da assistência psiqui-
átrica, passaremos a refletir sobre subsídios para o cuida-
do clínico de enfermagem em saúde mental ao familiar-
-cuidador.

Antes de tudo, faz-se necessário uma mudança nas con-
cepções sobre doença mental e incapacidade, sendo urgen-
te o acolhimento da proposta de reabilitação psicossocial e
atenção integral para e com todos os componentes familia-
res. A efetivação da assistência deve ser pautada em uma
ideologia de cidadania, ética e de humanização⁽⁹⁾.

Entende-se também que as ações de enfermagem
devem ser norteadas pela educação em saúde enquanto
estratégia para a promoção da saúde da família do su-
jeito em sofrimento psíquico. Cabe ao enfermeiro expor
conhecimento e resoluções para os problemas, disposi-
ção para ensinar, aprender e ajudar a família a encontrar
meios para amenizar ou resolver seus problemas. Desta
forma, para haver mudança faz-se necessário a apropria-

ção do conhecimento e que este seja um conhecimento
humanizado, onde se compreenda o homem na sua com-
plexidade de ser biológico, cultural e histórico⁽¹⁹⁾.

Defende-se que a inserção da família aconteça através
do compartilhar de responsabilidade pelo cuidado inte-
gral do familiar, sendo condição indispensável para possi-
bilitar uma inter-relação congruente com as necessidades
do usuário e família⁽¹⁵⁾. Desta forma, o familiar sentir-se-á
seguro para expor suas demandas de cuidado e confiante
na existência de profissionais comprometidos com sua si-
tuaçao e dispostos a um caminhar contínuo, onde coexis-
tam competência e solidariedade.

Desta forma, a participação familiar no serviço de aten-
ção em saúde mental e nos cuidados com o usuário pode
favorecer a aproximação afetiva entre os membros da famí-
lia, rompendo com preconceitos sobre a incapacidade e pe-
riculosidade, desmistificando a ideia de exclusão social⁽¹⁵⁾.

Outro tópico relevante para o desenvolvimento do
cuidado clínico de enfermagem em saúde mental é o tra-
balho em equipe, de forma interdisciplinar, visto que as
questões que envolvem a saúde mental e família são com-
plexas e necessitam dos diversos olhares, os quais envol-
vem multidisciplinas e saberes especializados abordando
as necessidades de cuidado e possíveis soluções aos pro-
blemas enfrentados por esses sujeitos⁽²⁰⁾.

Para a conquista de tal aspecto, destaca-se que a for-
mação interdisciplinar na enfermagem exige programas
interdisciplinares de ensino com propostas de análises
mais integrativas dos problemas de saúde, instigando
uma prática de cuidar caracterizada pela troca e integra-
ção de conhecimentos⁽⁸⁾.

A prática de enfermagem necessita imprimir uma no-
va lógica à organização do trabalho, configurando um agir
pautado na integralidade, o que deve ocorrer a partir da
formação profissional, comprometida com a aquisição de
habilidade e competências voltadas para esse campo⁽²¹⁾.
Desde a formação acadêmica, deve-se imprimir e ressar-
tar o trabalho interdisciplinar, onde não reina a hierarquia
ou a busca de poder, mas o encontro com o outro tendo
em vista o melhoramento das condições de vida e saúde
dos sujeitos que vivenciam o sofrimento psíquico.

O trabalho com famílias deve incitar os sujeitos à
transformação para uma melhor qualidade de vida, exi-
gindo para tanto o mergulho nas temáticas como concei-
tuações em saúde mental, estrutura e função familiar e
distribuição de papéis, considerando como relevantes os
fatores favoráveis no processo saúde-doença mental⁽²⁾.

Defende-se que a clínica ampliada é um caminho pos-
sível a ser traçado na área de saúde mental no exercício
das práticas de saúde à família. Essa proposta abrange o
objeto da clínica, agregando a ele, além das doenças, tam-
bém os problemas de saúde (situações que aumentam o
risco ou vulnerabilidade das pessoas). A ampliação mais

importante, contudo, seria a consideração de que não há problema de saúde ou doença sem que estejam encarnadas em sujeitos, em pessoas. Logo, o objeto da clínica é o sujeito, e não a doença⁽²²⁾.

Na Clínica Ampliada (clínica do sujeito), a doença nunca ocuparia todo o lugar do sujeito; está na vida do sujeito, mas nunca o desloca totalmente. O sujeito é biológico, social, subjetivo e histórico e, portanto, suas demandas mudam no tempo, posto que seus valores, desejos são (re)construídos socialmente. Desta forma, as necessidades de cuidado ao familiar em convivência de sujeito em sofrimento psíquico devem revelar ao enfermeiro dados da avaliação de riscos não apenas epidemiológicos, mas sociais e subjetivos.

Além disso, considera-se essencial a ampliação do objetivo ou da finalidade do trabalho clínico: além de buscar a produção de saúde, por distintos meios — curativos, preventivos, de reabilitação ou com cuidados paliativos —, a clínica poderá também contribuir para a ampliação do grau de autonomia dos usuários e familiares. Essa autonomia deve ser entendida aqui como a ampliação da capacidade dos sujeitos de lidar com sua própria rede ou sistema de dependências⁽²²⁾.

Percebe-se a ampliação do grau de autonomia dos sujeitos sob nosso cuidado ao se verificar um aumento da capacidade de compreensão e atuação sobre si mesmo e sobre o mundo da vida. Desta forma, vê-se o aumento do seu autocuidado, da compreensão sobre o seu processo saúde/enfermidade e de seu familiar, da sua capacidade de usar o poder e de estabelecer compromisso e contrato com outros⁽²²⁾. O cuidado clínico, portanto, seria um instrumento de empoderamento, no qual os familiares encontrariam alternativas para lidar com o sofrimento psí-

quico do outro e com o seu próprio sofrimento, seja ele advindo da convivência, da carência de informações ou da necessidade de apoio social.

CONCLUSÃO

Sobre a atuação de enfermagem, faz-se necessário questionar sobre o sentido do trabalho, o valor das práticas e sua eficácia na vida dos sujeitos envolvidos no cuidado. As propostas de trabalho com famílias devem priorizar metodologias que gerem solidariedade, que sejam facilitadoras de formas de enfrentamento dos contextos onde se experenciam o sofrimento psíquico, um espaço onde a ética seja seu valor fundante.

Portanto, novas pesquisas devem ser realizadas buscando conhecer e implementar novas tecnologias de cuidado para a atuação do enfermeiro junto a família do sujeito em sofrimento psíquico nos diversos espaços da rede em saúde mental, como na Estratégia Saúde da Família (ESF), e em serviços especializados em saúde mental e comunidade.

Compreende-se, assim, que o cuidado clínico de enfermagem deve permear a esfera conceitual do que é a prática profissional, bem como os conceitos sobre o sofrimento psíquico e os novos paradigmas instituídos pela reforma psiquiátrica. Faz-se necessário a politização dos atores, acreditação das novas nomenclaturas envolvidas na atenção psicossocial, reconhecendo o profissional, o usuário do serviço e seus familiares como protagonistas na produção de sua autonomia e, portanto, merecedores de atenção a partir de uma prática que envolve a dignidade, a criatividade, o acolhimento, a interdisciplinaridade, a escuta e o compartilhar de saberes.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho IMM, Almeida PH. Família e proteção social. São Paulo: Perspectiva; 2003.
2. Macedo VCD, Monteiro ARM. Educação e saúde mental na família: experiência com grupos vivenciais. *Texto Contexto Enferm.* 2006;15(2):222-30.
3. Navarini V, Hirdes A. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(4):680-8.
4. Camatta MW, Scheider JF. A Psychosocial Care Center team's work from a family's perspective. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2009 [cited 2009 Sept 22];43(2):393-400. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/en_a19v43n2.pdf
5. Melman NJ. Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde. São Paulo: Escrituras; 2006.
6. Andrade RLP, Pedrão LJ. Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica. *Rev Latino Am Enferm.* 2005;13(5):737-42.
7. Silva ALA, Fonseca RMGS. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. *Rev Latino Am Enferm.* 2005;13(3):441-9.
8. Tavares CMM. A interdisciplinaridade como requisito para a formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da Atenção Psicossocial. *Texto Contexto Enferm.* 2005;14(3): 403-10.
9. Villela SC, Scatena MCM. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. *Rev Bras Enferm.* 2004;57(6):738-41.
10. Amarante P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 1995;11(3):491-4.

11. Acosta AR, Vitale MAF, organizadores. Família: redes, laços e políticas públicas. 4ª ed. São Paulo: Cortez; 2008.
12. Siveira LC, Braga VAB. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. Rev Latino Am Enferm. 2005;13(4):591-5.
13. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2007.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, 2001. Brasília; 2002.
15. Schrank G, Olschowsky A. O CAPS e as estratégias para a inserção da família. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(1):127-34.
16. Marcon SS, Radovanovic CAT, Waidman MAD, Oliveira MLF. Vivências e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam situação de doença crônica de saúde. Texto Contexto Enferm. 2005;14(n.esp):116-24.
17. Bielemann VLM, Kantorski LP, Borges LR, Chiavagatti FG, Willrich JQ, Souza AS, et al. A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. Texto Contexto Enferm. 2009;8(1):131-9.
18. Souza RC, Scatena MCM. Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. Rev Latino Am Enferm. 2005;13(2):173-9.
19. Oliveira FB, Fortunato ML. Saúde mental: reconstruindo saberes em enfermagem. Rev Bras Enferm. 2003;56(1):67-70.
20. Waidman MAP, Elsen I. O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. Texto Contexto Enferm. 2005;14(3):341-9.
21. Silva KL, Sena RR. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(2):49-56.
22. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Ciênc Saúde Coletiva. 2007;12(4):849-59.

Financiado pela CAPES, processo nº 09205272-0