



CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE MENTAL

**FAMÍLIA E SAÚDE MENTAL: A INCLUSÃO DA FAMÍLIA NO CUIDADO EM
SAÚDE MENTAL**

**FAMILY AND MENTAL HEALTH: THE INCLUSION OF THE FAMILY IN
MENTAL HEALTH CARE**

Salvador
2014.2

FAMÍLIA E SAÚDE MENTAL: A INCLUSÃO DA FAMÍLIA NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Autor: Suelane Batista de Barros ¹

Orientador: Maria Antonieta Nascimento Araújo ²

RESUMO

O presente artigo visa contribuir para ampliação de conhecimentos acerca da inclusão da família na rede de apoio aos cuidados em saúde mental em usuários de CAPS. Para tal, foi utilizada como método de pesquisa a revisão de literatura, objetivando conceituar rede de apoio, compreender o lugar da família na rede de apoio, bem como identificar estratégias de inclusão da família nos cuidados em saúde mental, suscitando uma maior compreensão acerca da díade família e saúde mental.

Palavras-chave: família; saúde mental; rede de apoio; CAPS.

FAMILY AND MENTAL HEALTH: THE INCLUSION OF THE FAMILY IN MENTAL HEALTH CARE

ABSTRACT

This article aims to contribute to increase the knowledge about the family of inclusion in the support network for mental health care in CAPS users. To this end, it was used as a method of research literature review, aiming to conceptualize support network, understand the family support network in place and to identify family inclusion strategies in mental health care, foster a greater understanding of the dyad family and mental health.

Keywords: family; mental health; network support; CAPS

1 Suelane Batista de Barros é Psicóloga e pós graduanda em Atenção Básica à Saúde Mental pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. E-mail: suelanebarros13@gmail.com

2 Maria Antonieta Nascimento Araújo é Psicóloga e coordenadora do curso de Pós Graduação Especialização em Atenção Básica à Saúde Mental da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

FAMÍLIA E SAÚDE MENTAL: A INCLUSÃO DA FAMÍLIA NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

1. INTRODUÇÃO

O presente artigo tem como objetivo analisar a inclusão da família na rede de apoio aos cuidados em saúde mental em usuários de CAPS, assim como descrever a rede de apoio social, identificando as estratégias utilizadas na inclusão da família nos cuidados em saúde mental e buscando compreender o lugar da família nessa rede a partir de estudos já realizados. Para embasar esse estudo, serão tomados como pontos chaves: reforma psiquiátrica, modelo de atenção psicossocial, a rede de apoio, a família e a relação com os centros de atenção psicossocial.

Nesse contexto é importante destacar que para a família se engajar no cuidado/tratamento de sujeitos/usuários, e a partir daí se constituir como rede de apoio social, necessita de uma atenção especial por parte da equipe de saúde, a fim de orientá-la como lidar com o sujeito em sofrimento psíquico, visto que ela passará por um processo de reorganização da sua rotina, conciliando os seus afazeres habituais ao cuidado do paciente, acarretando muitas vezes numa desestruturação emocional, sendo necessário oferecer a essa família uma orientação, uma escuta.

Esse estudo serve como um alicerce para futuras pesquisas e embasamento para que instituições e profissionais de saúde implicados no cuidado com a saúde mental possam, em parceria com família e sociedade, desenvolver estratégias e criar ações visando a desmistificação da loucura, a redução das internações, o envolvimento da família no tratamento, promovendo ainda a reintegração do sujeito em sofrimento nos mais diversos âmbitos, seja familiar, social e/ou profissional, e a melhoria na qualidade de vida do sujeito e sua família.

2. REFORMA PSIQUIÁTRICA: A DESSTITUCIONALIZAÇÃO E O ENVOLVIMENTO DA SOCIEDADE

O movimento da reforma psiquiátrica brasileira tem como estopim o episódio que ficou conhecido como a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental, órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde mental. Os profissionais de saúde mental deflagraram uma greve em abril de 1978, que deu origem ao movimento e objetivou construir um espaço de luta não institucional, viabilizando debates e encaminhamentos de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, juntando informações, organizando encontros, reunindo trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade (Amarantes, 1998).

De acordo o Ministério da Saúde (2005), em Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, a reforma psiquiátrica é definida como:

Processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.

Segundo Bezerra (2008), embora contemporâneo a Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Fundado no final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e, até mesmo, maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde.

A Reforma Psiquiátrica teve início no final da década de 1970 através de movimentos liderados por profissionais da saúde mental juntamente com familiares dos pacientes com sofrimento mental. O movimento denunciava os maus tratos a que estes eram submetidos nos

manicômios, e como propósito, buscava a construção de métodos comunitários e territoriais que os acolhessem de maneira solidária e inclusiva perante a sociedade.

É a reforma do modelo de assistência em saúde mental, que sugere o apoio integral ao paciente e preza pelo seu retorno a sociedade, além disso, compreende a internação em hospital psiquiátrico como a última alternativa a ser apresentada no tratamento ao doente mental. Dessa forma, apresenta como predominante linha a *desinstitucionalização*, ao priorizar a desconstrução dos manicômios, visando mudanças por outras realidades terapêuticas. Além do ideal de modificar a percepção social a cerca do doente mental, lançado olhar mais humanizado, objetivando assim reintegrar este ao convívio da sociedade.

Na concepção de Rotelli e Amarante (1992 apud SILVEIRA; BRAGA, 2005), uma importante questão nessa concepção de reforma diz respeito ao conceito de "doença mental", o qual passa a ser desconstruído para dar lugar à nova forma de perceber a loucura enquanto "existência-sofrimento" do sujeito em relação com o corpo social.

De acordo com Birman (1992 apud ACIOLY; BRASIL, 2009), a Reforma Psiquiátrica está além da discussão sobre a assistência psiquiátrica, objetivando a construção de um outro lugar social para a loucura. Isto envolve a necessidade de construção de novos modos de relação com essa experiência e com o sujeito reconhecido socialmente como louco:

... a idéia de reforma psiquiátrica não se identifica absolutamente com a noção de assistência psiquiátrica (...). Vale dizer, a problemática colocada pela reforma psiquiátrica insere a questão da assistência psiquiátrica como um dos seus temas e mesmo como um tema privilegiado, mas certamente a transcende, pois o que está em pauta de maneira decisiva é delinear um outro lugar social para a loucura na nossa tradição cultural (p.72).

Antes da Reforma Psiquiátrica, as pessoas em sofrimento psíquico não tinham um cuidado apropriado, viviam isoladas e excluídas, eram afastadas dos seus familiares e da sociedade. De acordo com os princípios da reforma, o paciente em sofrimento psíquico não deve permanecer muito tempo internado, deve sim participar de serviços que ofereçam atendimentos abertos e que estejam interligados em rede com outros serviços públicos que possa garantir a qualidade de vida contando ainda com o apoio da família. A partir da

consolidação da Reforma Psiquiátrica e o destaque para as questões psicossociais, a família ganhou espaço e passou a ser um personagem importante na direção dos cuidados ao seu familiar em sofrimento psíquico.

Conforme Amarantes (2003 apud SCHRANK, 2006) na perspectiva antipsiquiátrica, a família seria uma peça chave para a compreensão da loucura. Esse fato contribuiu para que a família começasse a ser incluída nas intervenções em saúde mental, possibilitando a compreensão de que uma pessoa com sofrimento psíquico, não pode ser considerada como um fato isolado; mas sim, como um reflexo da estrutura familiar. Desse modo, os relatos da pessoa com sofrimento psíquico passaram a ser valorizados como forma de denunciar uma possível desordem no núcleo familiar.

A Reforma Psiquiátrica tem como principal finalidade inserir-se na sociedade como modelo de transformação no tratamento ao louco, na maneira como a sociedade e as instituições vem à loucura, a doença mental, podendo proporcionar assim a desvinculação do louco com os estigmas impostos pela sociedade, assim como a rejeição e o não reconhecimento desse doente mental como um sujeito.

Diante das mudanças provenientes da Reforma Psiquiátrica, o cuidado perante a pessoa em sofrimento psíquico requer uma ressignificação, buscando a exclusão do preconceito, da coibição, fomentando a busca pela reinserção desse sujeito que traz consigo o estigma de louco pelos olhos da sociedade, visando resgatar o seu processo de cidadania, a sua inclusão social.

De acordo com Costa (2003 apud BARROS et al, 2007), a Atenção Psicossocial no contexto da reforma psiquiátrica brasileira vem construindo elementos teóricos e técnicos, ideológicos e éticos, constituindo-se um novo paradigma para as práticas em saúde mental capaz de substituir o paradigma psiquiátrico, ainda dominante na formação, e conseqüentemente nas práticas.

Compreendendo a saúde como um direito e norteador de suas práticas, a Atenção Psicossocial objetiva cuidar daqueles que se encontra em sofrimento psíquico, a partir de ações acolhedoras, responsáveis, singulares, sobretudo sem segregações.

3. O MODELO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E A REDE DE APOIO SOCIAL

Visto como um modelo de transformação da Reforma Psiquiátrica, a Atenção Psicossocial não pode ser interpretada como uma mudança nos serviços de saúde mental, pois se trata de um processo extenso e bem mais complicado. A Atenção Psicossocial deve ser vista então, como um caminho propulsor na maneira de cuidar do sujeito em sofrimento, proporcionando novos espaços que fortaleçam as relações sociais, que se construam o respeito frente ao que se diz diferente e promovam a desconstrução de pré-conceitos perante a loucura.

A Atenção Psicossocial tem se desenvolvido ao longo de todo esse processo da Reforma Psiquiátrica como um diferencial no cuidado a pessoas em sofrimento psíquico. Podendo assim com a estruturação de serviços abertos, ampliar essa rede de atenção a saúde mental, ocasionando conseqüentemente a redução nas internações, a exclusão social e criando assim um novo olhar sobre o “louco”.

Para Lavall, Olschowsky e Kantorski (2009) a rede de apoio social pode ser representada pelas relações de indivíduo nas diversas situações da vida cotidiana, na família e na sociedade. A identificação dessa rede possibilita sua utilização como um recurso no cuidado, facilitando uma parceria entre a equipe de saúde e a família na atenção ao sujeito em sofrimento psíquico.

De acordo com Minkler (1985 apud ANDRADE; VAISTMAN, 2002), o apoio social que as redes proporcionam remete ao dispositivo de ajuda mútua, potencializado quando uma rede social é forte e integrada. Quando nos referimos ao apoio social fornecido pelas redes, ressaltamos os aspectos positivos das relações sociais, como o compartilhar informações, o auxílio em momento de crise e a presença em eventos sociais. Um envolvimento comunitário, por exemplo, pode ser significativo fator psicossocial no aumento da confiança pessoal, da satisfação com a vida e da capacidade de enfrentar problemas. Na situação de enfermidade, a disponibilidade do apoio social aumenta a vontade de viver e a auto-estima do paciente, o que contribui com o sucesso do tratamento.

Observa-se que na atenção psicossocial à pessoas em sofrimento mental, a família tende a ser o objeto que requer mais cuidado das equipes de saúde mental, considerando a importância e implicação desta no processo de tratamento, assim como na sua recuperação e reestruturação

psicossocial. Sendo assim, é essencial que essa família seja acolhida pelos serviços de saúde mental a fim de orientá-las em como proceder e cuidar desse familiar em sofrimento.

As famílias não deverão apenas aceitar a doença e estabelecer uma convivência passiva com aqueles em sofrimento, deverão sim, serem compreendidas em suas dificuldades no trato com essa questão. E é através da criação de espaços de participação e estratégias que será fomentada a inclusão dos familiares no cuidado. Portanto, o esperado é que haja uma aliança entre todos envolvidos no atendimento, a exemplo da equipe de saúde, sociedade, família e usuário.

Dessa forma, dentre as diversas demandas que são apresentadas aos profissionais, sociedade e usuários, um dos maiores desafios na atenção psicossocial é impulsionar a participação da família no planejar e executar o cuidado em saúde mental.

De acordo com Samuelsson, Thernlund, e Ringström (1996 apud SIQUEIRA, 2006), a rede de apoio social tem uma profunda influência na saúde e no bem-estar do indivíduo. Ela define como o indivíduo percebe seu mundo social, como se orienta nele, suas estratégias e competências para estabelecer relações, como também os recursos que lhe oportuniza frente às situações adversas. A ausência de uma rede de apoio social pode produzir senso de solidão e falta de significado de vida.

As redes de apoio envolvem, principalmente, a rede social pessoal de cada sujeito que pode ser definida como a soma de todas as relações consideradas significativas ou diferenciadas na sociedade. Correspondente ao nicho interpessoal do sujeito e contribui para o reconhecimento do indivíduo e de sua auto-imagem. (Lavall, Olschowsky e Kantorski, 2009)

Conforme Orford (1992, apud SIQUEIRA, 2006), cada esfera da vida, tais como família, amigos, profissão, vizinhos, escola, instituição de abrigo, entre outros, assume o papel de identidade social capaz de fornecer apoio, nas relações que o indivíduo estabelece com os outros. Quanto mais percebe com satisfação sua rede de apoio, mais sentimentos de satisfação com sua vida terá.

Diante o espaço que fora aberto a partir da Reforma Psiquiátrica, no que tange a reaproximação da loucura à sociedade, é importante destacar, sobretudo, a importância da família como peça chave para o fortalecimento da relação dos indivíduos em sofrimento psíquico com demais membros da sociedade. Dessa forma, a família pode ser vista como elo

entre familiar em sofrimento e sociedade, cabendo a família, com apoio e respaldo da rede de saúde, o entendimento e a aceitação do sofrimento, a participação no tratamento, bem como a disseminação de informação e a desmistificação da loucura.

4. FAMÍLIA

O conceito de família apresenta-se de forma plural, visto influência exercida pelo contexto social, político, cultural e histórico em que está inserida, considerando ainda quem a define e o objetivo da definição.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012), por exemplo, em sua pesquisa anual intitulada Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios, conceitua família como:

‘Conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, residente na mesma unidade domiciliar, ou pessoa que mora só em uma unidade domiciliar. Entende-se por dependência doméstica a relação estabelecida entre a pessoa de referência e os empregados domésticos e agregados da família, e por normas de convivência as regras estabelecidas para o convívio de pessoas que moram juntas, sem estarem ligadas por laços de parentesco ou dependência doméstica. Consideram-se como famílias conviventes as constituídas de, no mínimo, duas pessoas cada uma, que residam na mesma unidade domiciliar.

Segundo Semy Glans (2005 apud MENEZES, 2008) família pode ser conceituada como um conjunto, formado por um ou mais indivíduos, ligados por laços biológicos ou sociopsicológicos, em geral morando sob o mesmo teto, e mantendo ou não a mesma residência (família nuclear). Pode ser formada por duas pessoas, casadas ou em união livre, de sexo diverso ou não, com ou sem filhos; um dos pais com um ou mais filhos (família monoparental); uma pessoa morando só, solteira, viúva, separada ou divorciada ou mesmo casada e com residência diversa daquela de seu cônjuge (família unipessoal); pessoas ligadas pela relação de parentesco ou afinidade (ascendentes, descendentes e colaterais, estes até o quarto grau, no Brasil, mas de fato podendo estender-se).

Corroborando com o pluralismo de definições de família, o Ministério da Saúde no Caderno de Atenção Básica (2013) afirma a inexistência de um conceito único e enfatiza os aspectos relacionais da família. De acordo o Ministério da Saúde:

Cada família é uma família na medida em que cria os seus próprios problemas e estrutura as suas formas de relação, tendo suas concepções, seus vínculos e suas especificidades próprias. Não existe família enquanto conceito único; existe “configurações vinculares íntimas que dão sentimento de pertença, habitat, ideais, escolhas, fantasias, limites, papéis, regras e modos de se comunicar que podem (ou não) se diferenciar das demais relações sociais do indivíduo humano no mundo” (COSTA, 1999, p.76). Mas, “a família, seja ela qual for, tenha a configuração que tiver é, e será, o meio relacional básico para as relações no mundo, da norma à transgressão dela, da saúde à patologia, do amor ao ódio” (COSTA, 1999, p.78).

Conforme Elsen (2002 apud SIMIONATO; OLIVEIRA, 2003) a família é um sistema no qual se conjugam valores, crenças, conhecimentos e práticas, formando um modelo explicativo de saúde-doença, através do qual a família desenvolve sua dinâmica de funcionamento promovendo a saúde, prevenindo e tratando a doença de seus membros.

A família a partir do contexto da Reforma Psiquiatria, do processo de desinstitucionalização, que mostram a quebra nos modelos de instituições excludentes como (manicômios, asilos, etc.) e procuram mudanças que vislumbre nossas possibilidades de serviços abertos e comunitários que garantam os seus direitos, passa a ser vista como elemento de mediação entre a sociedade e seus membros.

A estrutura familiar pode sofrer mudanças no seu interior, sendo capaz de se adaptar a novas circunstâncias para evitar sua desintegração. Um exemplo disso é a descoberta de que um dos seus membros possui um transtorno mental. Diante disso, a família se vê exposta a uma nova situação e procura meios de se adaptar a ela, se abrindo às influências de profissionais da área de saúde, de associações de familiares de portadores de transtorno, de redes de sociabilidade primária, etc. (Fontes e Melo, 2010).

O transtorno mental tende a causar rupturas no cotidiano de famílias dos indivíduos acometidos por este sofrimento, fragilizando os laços sociais e dificultando a inclusão, sobretudo naquela que deveria ser uma rede de apoio primária, a família, que por vezes, não se adapta a esse contexto e não apóia.

Para que a família seja compreendida como uma rede de apoio, fazem-se necessário o acolhimento e a escuta, para daí entender as necessidades da mesma, compreendendo ainda os medos, as angústias e até mesmo o sentimento de culpa, que por vezes surge ao deparar-se com uma situação de transtorno mental. O apoio da equipe de saúde é essencial para esclarecimento de possíveis dúvidas, até porque a falta de esclarecimento pode levar a

desestruturação da família, dificultando a inclusão da família no cuidado do ente em sofrimento.

A família foi por algum tempo concebida pelos próprios profissionais de saúde como a causadora da doença mental, a ela era atribuído a culpa por um dado membro possuir um transtorno mental. Desse modo, a participação da família no processo de cuidado ao “doente” quase inexistia, ressaltando ainda que o padrão hospitalocêntrico de atenção a saúde mental menosprezava a importância da família como integrante no tratamento e a considerava apenas como mera fonte de informação para obtenção de dados do sujeito em sofrimento mental.

De acordo Zanetti e Galera (2007 apud BORBA et al, 2011) a família deve ser considerada como ator social indispensável para a efetividade da assistência psiquiátrica e entendida como um grupo com grande potencial de acolhimento e ressocialização de seus integrantes. Exemplos de transformação no campo da saúde mental que tem exigido a inclusão da família no plano de cuidados são a criação e ampliação de uma rede comunitária de atendimento às pessoas com transtorno mental e a redução do tempo de internações em instituições psiquiátricas.

Objetivando modificar concepção supracitada sobre a família, o modelo psicossocial apresenta como fundamental a presença da família no processo de recuperação do sujeito em sofrimento psíquico, salientando o quanto é importante a articulação da família com a equipe de saúde, para que haja o apoio e a orientação necessária, fortalecendo o vínculo, proporcionando à família sentir-se segura e comprometida no cuidado e na atenção ao seu familiar “doente”.

4.1. A FAMÍLIA E A RELAÇÃO COM OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS

Incluir a família no tratamento é indispensável para a reforma psiquiátrica, principalmente quando discutido sobre o redirecionamento da assistência em saúde mental, com ações e procedimentos que visem à reintegração do sujeito em sofrimento, considerando os âmbitos familiar, social e profissional, além da melhoria na qualidade de vida desse sujeito e do seu

familiar. Diante disso, envolver a família no tratamento e também cuidar da mesma, revela-se como importante tarefa da equipe de saúde, sobretudo do CAPS.

Para que haja maior adesão dos familiares no tratamento dos usuários, é imprescindível que novas estratégias sejam lançadas, objetivando a orientação da família sobre a importância da sua participação. E é dando a família o papel de co-participante no processo terapêutico, que esta poderá influenciar na busca de novas possibilidades de atendimento que propiciem a autonomia do usuário, a conquista de direitos e o exercício da cidadania.

Os novos serviços de saúde mental, como os CAPS têm exigido uma postura familiar diferente se comparada ao tratamento oferecido nos hospitais psiquiátricos, onde os pacientes eram deixados e as famílias compareciam poucas vezes, na sua maioria apenas para algumas visitas. Já as normas dos CAPS exigem a participação de algum familiar nos Grupos de família realizados semanalmente (Cirilo e Filho, 2008).

Na visão de Schrank e Olschowsky (2008) com base no modo psicossocial, o CAPS preconiza, como uma das suas metas, a desinstitucionalização, amparada por um processo prático de desconstrução do modelo tradicional da atenção psiquiátrica, propondo um modelo tradicional da atenção psiquiátrica, propondo um conjunto de dispositivos que possibilitam a construção e a invenção de novas perspectivas de vida e subjetividade, com base não apenas em diagnósticos e prognósticos da doença mental, mas sim, na complexidade que envolve o indivíduo na sua dimensão psíquica e nas suas relações com o meio em que vive. Assim, este serviço busca a reinclusão das pessoas com sofrimento psíquico na família, na comunidade e na vida produtiva, através da recuperação da auto-estima e reestruturação de vínculos.

Para Rosa (2003 apud SCHRANK; OLSHOWSKY, 2008), o CAPS tem orientado suas práticas de acordo com o modo psicossocial, considerando a família como a base fundamental no processo de reinserção da pessoa com sofrimento psíquico na sociedade e no próprio meio familiar.

É essencial que a família tenha o apoio da equipe de saúde mental para que assim estreitem os laços para reforçar a importância de estar presente ao longo de todo processo do tratamento desse ente em sofrimento psíquico, para assim possibilitar um equilíbrio na participação da família e da equipe técnica do CAPS na ressocialização do usuário ao seu meio social, profissional, afetivo.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo principal desse artigo foi elucidar a importância da inclusão da família no cuidado em saúde mental, contribuindo assim para ampliação do conhecimento acerca do papel da família, enquanto rede de apoio, no tratamento dos indivíduos em sofrimento psíquico.

Foi a partir da consolidação da Reforma Psiquiátrica, que as questões psicossociais vieram à tona e a família ganhou espaço, passando a ser personagem importante na direção dos cuidados ao seu familiar em sofrimento psíquico.

Diante do que fora exposto, é importante destacar que o papel da família não é construído de forma isolada, se faz necessário um engajamento da equipe e/ou instituições de saúde nos tocantes escuta, acolhimento e orientação à família.

Desse modo, o apoio da equipe de saúde revela-se de forma essencial para o esclarecimento de dúvidas, visto que a falta de compreensão acerca do sofrimento psíquico, dificulta a inclusão da família no cuidado em saúde mental.

E é só a partir dessa compreensão que a família poderá assumir o papel de co-participante no processo terapêutico, influenciando as equipes de saúde na busca de novas formas de atendimento que propiciem a autonomia do usuário, a conquista de direitos e o exercício da cidadania.

Portanto, cuidar da família e envolvê-la no tratamento, apresenta-se como importante tarefa da equipe de saúde, sobretudo do CAPS, que traz em seu regulamento a exigência da participação de familiares nos grupos de famílias.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACIOLY, Y. A.; BRASIL, G. M. Reforma psiquiátrica: Construção de outro lugar social para a loucura?. In: I SEMINÁRIO NACIONAL SOCIOLOGIA & POLÍTICA UFPR 2009, 2009, Curitiba-PR. Seminário Nacional Sociologia e Política (Online).

AMARANTE, P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fio cruz, 1998.

BARROS. S ; OLIVEIRA M. A. F; ARANHA e SILVA A. L. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 41, p. 815-819, 2007.

BEZERRA. E. N. R. Estratégias de cuidado integral à saúde: os CAPS no processo de implementação do apoio matricial em Natal/RN. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Natal, 2008.

BORBA, L. D. O.; PAES, M. R.; GUIMARÃES, A. N.; LABRONICI, L. M. ; MAFTUM, M. A.. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 45, p. 442-449, 2011.

CIRILO. L. S; FILHO. P. O. Saúde mental e caps: a importância do grupo de família. 2008.

LAVALL E., OLSCHOWSKY A. e KANTORSKI L.P.. Avaliação de família: rede de apoio social na atenção em saúde mental. Rev. Gaúcha Enferm. 2009 Jun 30(2):198-205

MENEZES, J. B. A família na constituição federal de 1988 - uma instituição plural e atenta aos direitos de personalidade. NEJ. Itajaí, v. 13, n. 1, jan-jun 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. 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. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

PIMENTA. S.E. A relação das famílias no tratamento dos portadores de transtorno mental realizado no centro de atenção psicossocial: uma perspectiva institucionalista. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. A. B.. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. Revista Latino-Americana de Enfermagem (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto - SP, v. 13, n.4, p. 591-595, 2005.

SIMIONATO, M. A. W. e OLIVEIRA, R. G.. Funções e transformações da família ao longo da história. Anais do I Encontro Paranaense de Psicopedagogia – ABPppr – nov. 2003.

SIQUEIRA, A. C.. Instituições de Abrigo, Família e Redes de Apoio Social e Afetivo em Transições Ecológicas na Adolescência. 2006. 134 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2006.

SCHRANK. G. O Centro de Atenção Psicossocial e a inserção da família. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

SCHRANK. G; OLSCHOWSKY. A. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 42, p. 127-134, 2008.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B.. Apoio Social e Redes: conectando solidariedade e saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 7, p. 925-932, 2003