

A INSERÇÃO DA FAMÍLIA NO CUIDADO DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL¹

Christine Wetzel*

Eda Schwartz**

Celmira Lange***

Leandro Barbosa de Pinho****

Juliana Graciela Vestena Zillmer*****

Luciane Prado Kantorski*****

RESUMO

O estudo tem como objetivo discutir a inserção da família no cuidado em saúde mental em um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial). Essa questão emergiu de uma pesquisa ampla de avaliação de CAPSs na Região Sul do Brasil, denominada CAPSUL, e dos resultados oriundos da etapa qualitativa do estudo. Trata-se de pesquisa avaliativa (estudo de caso) realizada em um CAPS do município de Joinville, Estado de Santa Catarina, no período de julho a agosto de 2006, que se desenvolveu a partir da *avaliação de quarta geração*, que é construtivista, responsiva e de abordagem hermenêutico-dialética. Os instrumentos de coleta de dados foram entrevistas com equipe, usuários e familiares e observação de campo. A partir do agrupamento sistemático dos núcleos de significados chegou-se a dois eixos de discussão. No primeiro, *A família enquanto unidade cuidadora*, reunimos os posicionamentos assumidos por aqueles que acreditavam na família como dimensão do tratamento. No segundo - *CAPS como dimensão de suporte à família* - trabalhamos com os que discutiam o papel do serviço em prover suporte à família e integrá-la no projeto terapêutico.

Palavras-chave: Família. Reabilitação. Serviços de saúde mental.

INTRODUÇÃO

Discutir a evolução do cuidado psiquiátrico incita-nos a pensar nas diferentes estratégias de intervenção voltadas ao fenômeno da loucura no decorrer da história humana, porquanto a história da psiquiatria é também a história de suas atitudes em relação ao seu objeto, o doente, que, deslocado de seu contexto, deixou de ser considerado como ser singular, que possui laços afetivos, que vive em comunidade e deseja ser tratado com respeito, civilidade e cuidado.

No modelo manicomial, de herança pineliana, testemunhou-se a ênfase na família como cúmplice resignada e grata pela internação do paciente. Da mesma forma, a família era

entendida como um sistema doente, fragilizado, que não dava conta de prover ao reconhecimento social do doente mental. Foi a partir desse discurso peculiar de culpabilização e gratidão que o hospital psiquiátrico sobreviveu por séculos e reproduziu saberes e práticas de exclusão do contexto global do sujeito doente⁽¹⁾. Podemos então entender que no interior do cuidado psiquiátrico a família era deslocada para fora do contexto do tratamento, tanto por suas próprias fragilidades em situar-se como copartícipe quanto por conta de uma medicina mental que fortalecia esse discurso culpabilizador e excludente.

Nos últimos 20 anos têm surgido importantes modificações, tanto em conceitos quanto em papéis na área de psiquiatria e saúde mental,

¹O projeto foi coordenado pela Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas e desenvolvido em parceria com duas outras universidades públicas, que são a Escola de Enfermagem da UFRGS e o Curso de Enfermagem da UNIOESTE - Cascavel. Pesquisa financiada pelo Ministério da Ciência e Tecnologia através do CNPQ em parceria com o Ministério da Saúde através do Edital 07/2005, para financiamento de pesquisas na área de saúde mental, com uma linha de pesquisa específica para avaliação de CAPS.

*Professora Adjunta da UFRGS. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. E-mail: cwetzel@ibest.com.br

**Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Doutora em Filosofia. E-mail: eschwartz@terra.com.br

***Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Doutora em Enfermagem. E-mail: celmira_lange@ufpel.tche.br

****Professor Assistente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Doutorando em Enfermagem Psiquiátrica. E-mail: lbpinho@uol.com.br

*****Enfermeira. Mestranda em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. E-mail: juzillmer@gmail.com

*****Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. E-mail: kantorski@uol.com.br

com questionamento de determinados saberes e práticas na área. Tais transformações tiveram maior visibilidade a partir da década de 1980, tendo como ator principal o denominado Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. No cenário de um país em intenso processo de redemocratização e de reestruturação do sistema nacional de saúde, volta-se a pensar em quanto determinadas explicações técnicas e determinados dispositivos de tratamento foram prejudiciais ao sujeito, sua família e comunidade⁽²⁾.

Nesse contexto, surgem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs) como novos dispositivos, os quais centralizam o cuidado no ser humano e procuram modificar o que é típico no modelo da psiquiatria clássica: a doença como foco do tratamento. Os CAPSs são serviços territorializados; eles contam com uma população adstrita, definida em nível local, e oferecem cuidados intermediários, situados entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, prestados por equipes multiprofissionais em um ou dois turnos de quatro horas⁽³⁾.

Os serviços substitutivos, que se desvelam como propostas de reorientação da assistência psiquiátrica hospitalocêntrica, hoje fazem parte de uma realidade reinventiva, incorporando-se, no *locus* político, como estratégias descentralizadoras do atendimento à saúde mental. Também compreendem a materialização dos ideais sanitários e do movimento de reforma psiquiátrica, representando, social, cultural e estruturalmente, as iniciativas garantidoras dos direitos aos pacientes portadores de sofrimento psíquico. Assim representam a ruptura epistemológica com saberes e práticas hegemônicas que projetavam, no discurso sobre o doente mental e na exclusão da família, toda uma carga sociocultural de séculos de valores invertidos, contraditórios e, muitas vezes, velados por interesses particulares.

Discutir a necessidade de integração da família nas ações e estratégias do serviço e como essa integração vem ocorrendo no espaço dos CAPSs constitui nosso objetivo com este trabalho. Entendemos que esse processo não tem uma via única, mas envolve uma consciência de que não é possível uma proposta de inserção do usuário na família e na comunidade que não envolva também a inserção da família no campo

das práticas dos trabalhadores e não considere a família como uma das dimensões fundamentais do objeto de trabalho, tendo como objetivo colocar os seus membros em uma relação dialética capaz de integrar as instâncias das diversas existências⁽⁴⁾.

Neste sentido, o presente artigo discute a inserção da família no cuidado em saúde mental em um Centro de Atenção Psicossocial.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, do tipo estudo de caso, realizada em um CAPS do município de Joinville, Estado de Santa Catarina, no período de julho a agosto de 2006. Esse estudo desenvolveu-se a partir de uma avaliação construtivista, responsiva, de abordagem hermenêutico-dialética. A avaliação centrou-se no cotidiano dos serviços e ocorreu com a participação da equipe multiprofissional, dos usuários e seus familiares, buscando apreender a dinâmica do serviço, a forma como os atores interagem e os sentidos que constroem em relação à própria prática.

A avaliação de quarta geração⁽⁵⁾ norteou o processo teórico-metodológico da pesquisa. Durante todo o processo avaliativo manteve-se a preocupação de transformar a avaliação, naturalmente formativa, em um dispositivo que possibilitasse aos grupos de interesse ampliar a capacidade de intervir na realidade do serviço.

Para a realização deste estudo, o projeto foi inicialmente submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, que emitiu parecer favorável ao seu desenvolvimento (Of. 074/05 de 11 de novembro de 2005).

Como técnica de coleta de dados utilizamos entrevista, efetuada com 10 usuários, 10 familiares e 18 integrantes da equipe de saúde. Todos os sujeitos que participaram deste estudo foram informados dos seus objetivos e esclarecidos quanto às questões de anonimato, e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Para preservar a identificação dos entrevistados utilizamos a letra U para os usuários e a letra F para os familiares, seguidas do número correspondente à ordem das entrevistas.

Mediante o processo de análise dos dados

empíricos, as questões foram divididas em unidades de informação e agrupadas em núcleos temáticos mais amplos, o que possibilitou construir os marcadores qualitativos da avaliação, um dos quais foi a inserção da família.

Posteriormente os marcadores da avaliação foram reunidos em eixos temáticos de discussão. Esses eixos surgiram das repetidas leituras e releituras dos dados qualitativos, reunidos por núcleos de significados. A partir do agrupamento sistemático dos núcleos de significados foi possível chegar a dois eixos de discussão. No primeiro deles, intitulado *A família enquanto unidade cuidadora*, reunimos os posicionamentos dos usuários e dos familiares que acreditavam na família como dimensão do tratamento; no segundo, intitulado *O CAPS como dimensão de suporte à família*, discutimos o papel do serviço de prover suporte à famílias e integrá-la no projeto terapêutico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A centralização do processo na família como proposta de reabilitação psicossocial do sujeito em sofrimento mental foi bastante discutida pelos usuários e pelos profissionais. No primeiro eixo de discussão, que se refere à família enquanto unidade cuidadora, os usuários destacaram a importância da participação do familiar no seu tratamento e o quanto isso ajuda e potencializa a construção do seu cuidado. Os exemplos abaixo expressam essa realidade:

O meu filho me ajuda muito. Dai por que eles o escutam também. Tem vezes que a psicóloga o chama para conversar junto comigo, saber o que está acontecendo, se está tudo bem. [U1]

Os familiares me ajudaram bastante, me traziam e me levavam. Era um sofrimento no começo, porque minha esposa tinha que ir todo o dia para o hospital. [U3]

Eu tive apoio e por isso minha recuperação foi rápida, foi uma recuperação conjunta. A minha família foi excelente comigo. Eles tinham uma vontade de participar, de saber, de ajudar. O surto é uma coisa horrível, eu realmente pensei que não ia voltar com a vida normal. Quem não tem apoio da família, acho que se afunda. [U8]

No interior das práticas de saúde a família se comporta como um sistema de saúde para os

seus membros. Esse sistema se relaciona interiormente com o valor cultural que se produz sobre o processo saúde-doença, de modo que os costumes, crenças, conhecimentos empíricos e práticas norteiam o conjunto de ações de promoção, prevenção e tratamento da doença⁽⁶⁾.

Os serviços comunitários de saúde mental surgem como oportunidade de reincluir a família - esquecida no modelo hospitalocêntrico - tornando-a copartícipe do processo de reinserção social do sujeito em sofrimento mental. Nesse caso, a família, como extensão das relações do sujeito e do próprio processo terapêutico, tende a ser mais uma parceira da equipe, pois é ela quem pode dar pistas sobre os principais instrumentos de apoio, envolvendo a dimensão do cuidado, do tratamento e do suporte, e sobre quanto esses mesmos instrumentos têm sido efetivos, ou não, no contexto das práticas em saúde mental⁽⁷⁾.

O desafio de tornar a família membro ativo e participante do processo terapêutico do usuário é uma proposta central dentro do contexto da reforma psiquiátrica. Essa reforma não busca somente a orientação estrutural dos serviços⁽⁸⁾, mas nasce como uma possibilidade de romper com a tradição manicomial, que culpabilizava o indivíduo e a família por sua doença, segredando-os por trás de um discurso de tratamento. No contexto atual da saúde mental, a família retorna como dimensão de cuidados, como o elo entre serviço e comunidade, como cenário de enfrentamentos e necessidades, enfim, como parte do mundo do usuário - usuário este que se destaca por ser visto como "ser humano", com limitações, fragilidades, facilidades, potencialidades, demandas e relações sociais.

Apesar da relevância do entendimento de que o suporte da família é fundamental, os usuários nos trazem algumas dificuldades enfrentadas por eles no interior das relações familiares. Muitas vezes a família encontrada no cotidiano dos serviços de saúde mental não é aquela que acolhe, que busca esclarecimentos, que dá suporte, orienta e acompanha. Diariamente, são encontradas famílias que buscam no serviço um refúgio, um alívio do desgaste do tratamento, porquanto esse tratamento se torna penoso para algumas delas, pois se sentem sobrecarregadas com as grandes demandas vindas do usuário atreladas às oriundas das diferentes dimensões

da vida, como fazer compras, cuidar da casa e do restante da família, fazer almoço e trabalhar, muitas vezes, fora de casa. Nesses casos, a família entra em conflito com as necessidades do usuário e, sentindo-se limitada em responder às demandas de seu tratamento, deixam esse trabalho à responsabilidade do serviço. Evidencia-se este fato nas seguintes falas:

[...] a família não dá apoio. Ela deixa tudo “a lá vonté”. Vai, se não vai... Eu me levanto por mim próprio, minha mãe e meu pai não me chamam, eu me viro por mim próprio. [U6]

Quer tudo na mão e isso cansa a família. Ontem eu estava de diarreia o dia inteiro, ela bateu no meu quarto dezoito vezes. Se tu quiseses ver um programa de televisão e ela chegar: não quero, quero ir em outro lugar, tu tem que deixar. [F2]

[...] é muito difícil, porque a pessoa fica teimosa. Às vezes ela fogia de casa, a gente não sabia pra onde tinha ido. A gente tem que ter paciência, tem que ter calma, mas uma hora dá vontade de sair fora do sério. [...] [F7]

Não é fácil. Lavar roupa, passar...Hoje eu já lavei roupa, fiz pão, porque se a gente não fizer pão, comprar todo o dia não é fácil. Fiz uma porção de coisas. Estou tentando fazer um regime pra emagrecer, porque a gente é de idade, e eu preciso por causa da osteoporose. Tudo isso prejudica a gente, hoje já estava me batendo uma fraqueza. [F10]

Ninguém quer se envolver com problema nenhum, nem o próprio pai. A carga por enquanto está comigo, sozinha. Meu filho que mora comigo, não posso depender muito dele porque ele trabalha. E agradece por cada dia que a gente amanhece bem para poder cuidar. Pior é quando ele tenta se matar, então a gente tem que estar alerta, que qualquer barulhinho eu já estou acordada, você já dorme preocupada. [F3]

Em estudo com a proposta de conhecer a sobrecarga da família que convive com o sofrimento psíquico, constatou-se que essa realidade é permeada por sentimentos de desespero, ansiedade, preocupação e sofrimento, implicando em conflitos e tensões. Assim, cuidar de um familiar com sofrimento psíquico torna-se por vezes difícil, seja pela falta de apoio e comprometimento dos demais membros da família, seja pelas demandas do familiar doente⁽⁹⁾.

O adoecimento de um membro na família

representa, em geral, um grande abalo. No caso do sofrimento mental, a gravidade e a cronicidade dos sintomas, os fracassos sociais dos usuários, as dificuldades de comunicação e interação, produzem frustração e desespero na família. Em geral esses problemas são a causa de um progressivo isolamento da vida comunitária. Constituem uma dimensão singular compartilhada no contexto da reforma psiquiátrica contemporânea, que tem como desafio lidar com as questões relacionais, econômicas, sociais, culturais, afetivas e materiais do cuidado e do tratamento do usuário em sofrimento mental, e ainda de sua família, que carrega as dúvidas, ansiedades e expectativas relacionadas a todo o processo^(10,11).

A família necessita ser cuidada e potencializada em relação a sua capacidade de ser cuidadora do usuário, porque ocupar-se do paciente fora do espaço do CAPS é mais difícil, cansativo, arriscado e de maior responsabilidade. Nesse sentido, é importante fortalecer parcerias com as famílias para formar verdadeiras redes de apoio e de solidariedade^(12,13). As complexas relações que podem ser evidenciadas nos discursos levam-nos a pensar na dialética que orienta o cuidado e o tratamento do sofrimento mental no cotidiano da comunidade. A família enfrenta dificuldades iguais àsquelas enfrentadas pelo usuário, se não maiores.

Na avaliação da família como dimensão cuidadora de indivíduos em sofrimento mental atendidos no CAPS, pudemos perceber o grau de responsabilização (e sobrecarga físico-emocional) imposto a alguns de seus membros, enquanto outros se omitem ou se escondem em subterfúgios. Geralmente são aqueles os que sofrem com a cronicidade dos sintomas, com a labilidade emocional do usuário, com as exigências impostas pela situação de adoecimento, além dos cuidados diretos nos casos em que são necessários, como na alimentação, nos passeios e nas medicações.

Faz-se necessário, portanto, que o CAPS, como serviço que busca a interlocução da família com o usuário, reconheça essa realidade e promova diferentes estratégias assistenciais que visem à sensibilização sem culpabilização, o cuidado sem cobrança, a divisão de responsabilidades sem verticalizações e o acolhimento sem julgamento.

Em relação à dimensão do CAPS enquanto suporte à família, tratamos de discutir as possibilidades assistenciais produzidas pelo serviço como forma de promover o cuidado à família no contexto do tratamento do usuário, sendo esse tópico, de certa forma, complementar ao anterior.

Um dos objetivos do CAPS é incentivar as famílias a participarem da melhor forma possível do cotidiano dos serviços. Muitas vezes os familiares são os mais próximos elos dos usuários com o mundo, e por isso são pessoas muito importantes para o trabalho dos CAPSs. Os familiares podem participar dos CAPSs não somente incentivando o usuário a se envolver no projeto terapêutico, mas também participando diretamente tanto das atividades do serviço quanto dos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. Os familiares são considerados pelos CAPSs como parceiros no tratamento^(3,14).

Os trabalhadores dos CAPSs parecem estar atentos ao papel do serviço na inclusão das famílias, assim como no oferecimento de estratégias e atividades que possibilitem a convivência destas com o sofrimento mental. Essa realidade aparece nas seguintes falas:

O grupo de familiares, para discutirem sobre os seus sentimentos é um espaço importante no tratamento da família e também dentro do CAPS. Não dá para tratar só o usuário sem trazer o familiar junto. [E7]

Nós damos uma retaguarda muito boa. É claro que existe a resistência dos membros da família, uma vez que a própria família não tem entendimento da doença; então, existe um trabalho com esta família. [E2]

Também, existe o atendimento voltado para a família e a eficácia do tratamento vai depender da participação desse familiar. [E5]

O trabalho com as famílias feito pelo CAPS parece oferecer uma boa retaguarda para suportar os encargos do sofrimento mental. Nesses relatos, os profissionais também destacam que o sucesso desse acompanhamento ao usuário é de responsabilidade também do familiar.

De fato, o caráter inovador e arrojado dos CAPSs no que tange à atenção às famílias é fruto do seu paradigma de atenção psicossocial, ou seja, aquele que considera o indivíduo indissociável do meio em que ele vive e das

pessoas com quem ele convive, articulando liberdade, cidadania, respeito, integralidade, intersetorialidade e resolubilidade. Na atenção psicossocial busca-se ampliar a concepção de doença e de saúde, conferindo a centralidade da atenção ao sujeito e deslocando-a da doença⁽¹⁵⁾.

Percebemos que as famílias parecem estar relativamente atentas às necessidades imediatas dos usuários e que o serviço lhes oferece atividades de integração; no entanto, usuários e famílias ainda apontam algumas lacunas do serviço que dificultam a aproximação ao contexto institucional do CAPS. As falas abaixo caracterizam esta realidade:

No CAPS começa o tratamento. Então eu acho que se fosse dada uma palestra, uma orientação para a família, para não haver o abandono, uma orientação que viesse ajudar a pessoa, acho que seria ótimo. [U4]

A família não conhece, não sabe como ajudar a pessoa, então eu acho que deveria ter um CAPS, mas chamar a família, conversar com a família, para poder tentar ajudar a pessoa que precisa. [U8]

Eu tenho obrigação de vir duas vezes por semana, mas como eu não tenho condições eu não venho. [F7]

A falta de orientação à família e a omissão do CAPS em promover a inclusão da família no tratamento do usuário, como levantaram U4 e U8, trazem-nos algumas reflexões acerca do papel dos trabalhadores, do serviço e da própria família como copartícipe do tratamento no contexto do CAPS.

Nos discursos anteriores da equipe, pode-se perceber quanto a recuperação do usuário parece estar condicionada à participação da família, ou melhor, quanto a família pode ser útil no tratamento do usuário. E7, por exemplo, afirma que não é possível tratar o usuário sem a família estar junto. No caso de E2, parece que o tratamento do usuário está relacionado à resistência da família em participar do tratamento, e não ao seu desconhecimento sobre o sofrimento mental. Em E5, fica mais explícito que o sucesso no projeto terapêutico depende da participação ativa do familiar, como se a equipe se eximisse de responsabilidades no caso de o resultado da atenção prestada pelo CAPS ser o fracasso.

O desafio de implementar o modo psicossocial de encarar o fenômeno da loucura está na reinvenção da vida, fazendo pelo sujeito

(e com o sujeito) aquilo que foi esquecido por muito tempo pela psiquiatria tradicional: cultivar valores, espaços, dignidades, interioridades, redes de relações e de pessoas - desafio que está permeado de acertos e erros e em que todos são atores e responsáveis⁽¹⁶⁾.

No CAPS, a equipe destaca o grupo de familiares como fundamental para trabalhar as demandas do familiar. Mesmo assim, ainda notamos que, além de serem poucas as atividades voltadas à inserção do familiar no contexto do tratamento do usuário, estas permeadas de certo grau de culpabilização quando não há participação efetiva da família. Isso denota certa dificuldade institucional em organizar diferentes atividades para o trabalho com as famílias, de modo a diluir esses rótulos e dividir as responsabilidades com o cuidado ao indivíduo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da avaliação, constata-se que a

inserção familiar é discutida por usuários, pelos profissionais e pelos próprios familiares. A família é tida como unidade cuidadora, e o CAPS, como suporte à família. A inserção familiar é essencial para a proposta de reabilitação psicossocial do sujeito em sofrimento mental, e exige também que a equipe se responsabilize por ela, abandonando posturas cristalizadas de julgamento.

A parceria entre a equipe e a família, mesmo que a família não seja aquela idealizada, é fundamental para o processo terapêutico do usuário e requer um contrato em que possa ser negociado o cuidado do usuário e que também contemple estratégias de suporte à sobrecarga do cuidador. Acreditamos que, para o usuário ter sucesso em seu tratamento e capacitar-se para o convívio em sociedade, faz-se necessário assistir o contexto familiar, uma vez que toda a família é afetada pela condição de doença e por isso necessita de cuidados.

THE FAMILY INSERT IN MENTAL CARE IN A CENTER FOR PSYCHOSOCIAL CARE

ABSTRACT

Discusses the family insert in mental care health in a Center for Psychosocial Care (CPC). This subject emerged from a wider research of Evaluation of Centers for Psychosocial Care in the south area of Brazil, denominated CAPSUL, and the results here presented have been originated from the qualitative stage of the study. It is an evaluating research, of the type case study, accomplished in a Center for Psychosocial Care of Joinville the municipality of the State of Santa Catarina, in the period July-August 2006, that grew starting from the Evaluation of Fourth Generation, constructionist, responsive and a hermeneutic-dialectics approach. The instruments of data collection were the interviews with team, users, family and field observation. Starting from the systematic grouping of the nuclei of meanings, it was possible to reach two discussion axes. In the first of them, entitled the family while caretaker unit, we gathered the users' positioning and of the relatives due to they believe in family as dimension of the treatment. In the second, entitled CAPS as support dimension to the family, we worked with the data produced by the interviews which discussed the role of the service in providing support and integrating that family in the therapeutic project.

Key words: Family. Rehabilitation. Mental Health Services.

LA INSERCIÓN DE LA FAMILIA EN EL CUIDADO DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL

RESUMEN

El estudio tiene como objetivo discutir la inserción de la familia en el cuidado en salud mental en un CAPS (Centro de Atención Psicosocial). Esa cuestión emergió de una investigación amplia de evaluación de CAPSs en la Región Sur de Brasil, denominada CAPSUL, y de los resultados oriundos de la etapa cualitativa del estudio. Se trata de investigación evaluativa (estudio de caso) realizada en un CAPS del municipio de Joinville, Estado de Santa Catarina, en el período de julio a agosto de 2006, que se desarrolló a partir de la *evaluación de cuarta generación*, que es constructivista, responsiva y de abordaje hermenéutico-dialéctico. Los instrumentos de recogida de datos fueron entrevistas con equipo, usuarios y familiares y observación de campo. A partir del agrupamiento sistemático de los núcleos de significados se llegó a dos ejes de discusión. En el primero, *La familia como unidad cuidadora*, reunimos los posicionamientos asumidos por aquellos que creían en la familia como dimensión del tratamiento. En el segundo - *CAPS como dimensión de soporte a la familia* - trabajamos con los que discutían el papel del servicio en proveer soporte a la familia e integrarla en el proyecto terapéutico.

Palabras clave: Familia. Rehabilitación. Servicios de salud mental.

REFERÊNCIAS

1. Saraceno B. Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Te Corá Editora; 1999.
2. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP; 1995.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília(DF); 2004.
4. Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2ª ed. Rio de Janeiro: Te Corá Editora; 2001.
5. Guba EG, Lincoln YS. Effective evaluation. San Francisco: Jossey-Bass; 1988.
6. Bub LIR, editor. Marcos para a prática de enfermagem com famílias. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1994.
7. Cleary M. The challenges of mental health care reform for contemporary mental health nursing practice: relationships, power and control. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2003;12:139-44.
8. Amarante P, editor. Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: Fiocruz/Fiocruz; 2003.
9. Borba LO, Schwartz E, Kantorski LP. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. *Acta Paul Enferm*. 2008;21(4):588-94.
10. Souza RC, Hildebrandt LM, Scatena MCM, Pereira MA. Projeto terapêutico na atenção em psiquiatria: a importância da inserção familiar. *Acta Paul Enferm*. 2001;14(3):80-6.
11. Gonçalves AM, Sena RR. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2001; 9(2): 48-55.
12. Reinaldo A, Wetzel C, Kantorski LP. A inserção da família na assistência em saúde mental. *Revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde*. 2005;29(69):5-16.
13. Soares CB, Munari DB. Sobrecarga em familiares de pessoas com transtorno mental. *Cienc Cuid e Saúde*. 2007;6(3): 357-62.
14. Waidman MAP, Elsen I. Os caminhos para cuidar da família no paradigma da desinstitucionalização: da utopia a realidade. *Cienc Cuid e Saúde*. 2006; 5(suplemento):107-12.
15. Oliveira AGB. Trabalho e cuidado no contexto da atenção psicossocial: algumas reflexões. *Esc Anna Nery R Enferm*. 2007;10(4): 694-702.
16. Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, editor. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2000.

Endereço para correspondência: Celmira Lange. Programa de Pós-graduação – Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Rua XV de Novembro, 209. CEP: 96015-000, Pelotas, Rio Grande do Sul.

Recebido em: 30/09/2007

Aprovado em: 30/03/2008