

## Tratamento da pessoa com transtorno mental em face da Reforma Psiquiátrica Brasileira: percepções dos familiares

CLARISSA REGINA JASNIEVSKI, ACAD<sup>1</sup>, MARCIO ROBERTO PAES, RN, MSc<sup>2</sup>,  
ANDRÉA NOEREMBERG GUIMARÃES, RN, MSc<sup>3</sup>,  
TATIANA BRUSAMARELLO, RN, MSc<sup>3</sup>, MARILUCI ALVES MAFTUM, RN, PhD<sup>4</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** Aprender as percepções de familiares de pessoas com transtorno mental quanto ao tratamento em face da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

**Metodologia:** Pesquisa qualitativa, exploratória, desenvolvida em 2010 em um hospital psiquiátrico do Estado do Paraná/Brasil. Os sujeitos foram 10 familiares de portadores de transtorno mental em tratamento. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e analisados pela técnica de análise temático-categorial.

**Resultados:** Da análise, emergiram três categorias: Tratamento do portador de transtorno mental face à Reforma Psiquiátrica; Serviços de saúde mental extra-hospitalares; Sobrecarga física e emocional do familiar.

**Discussão:** As famílias percebem que existe uma nova forma de tratar o portador de transtorno mental baseado na sua reinserção social com a participação da equipe multiprofissional.

**Conclusão:** Há necessidade de maior apoio às famílias de pessoas com transtorno mental, mediada pelas políticas públicas brasileiras.

*Palavras-chave:* Saúde mental; Família; Políticas públicas; Pesquisa qualitativa; Enfermagem; Pessoas mentalmente doentes.

*Colomb Med. 2011; 42 (Supl 1): 63-9*

*Treatment of mental patients in the presence of the Brazilian Psychiatric Reform: family members' perceptions*

### SUMMARY

**Objective:** To apprehend family members' perceptions on treatment of mental patients in the presence of the Brazilian Psychiatric Reform.

**Methodology:** Qualitative exploratory research carried out in 2010 at a psychiatric hospital in Paraná State/Brazil. Ten family members of mental patients were the subjects. Data were collected by means of a semistructured interview and analyzed through thematic analysis.

**Results:** From the analysis, three categories emerged: Treatment of mental patients in the presence of the Brazilian Psychiatric Reform; Outpatient Mental Health Services; Family members' physical and emotional distress.

**Discussion:** The families perceived a new way of treating mental patients based on social reinsertion with the participation of a multiprofessional team.

**Conclusion:** More support is deemed necessary on the part of mental patients' families mediated by Brazilian public policies.

1. Membro do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano em Enfermagem (NEPECHE), Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brasil. e-mail: clarissa\_jasniewski@hotmail.com
  2. Enfermeiro do Hospital de Clínicas/UFPR. Membro do NEPECHE, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brasil. e-mail: marropa@pop.com.br
  3. Membro do NEPECHE, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brasil. e-mail: deia@ufpr.br  
tatiana\_brusamarello@yahoo.com.br
  4. Vice-coordenadora e docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Vice-líder do NEPECHE, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brasil. e-mail: maftum@ufpr.br
- Recebido para publicação Novembro 23, 2010 Aceito para publicação Junho 10, 2011

**Keywords:** *Mental health; Family; Public policies; Qualitative research; Nursing; Mentally ill persons.*

**Colomb Med. 2011; 42 (Supl 1): 63-9**

Diante do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), as políticas de saúde mental preconizam tratamento extra-hospitalar e abandono do modelo manicomial dando ênfase ao psicossocial, no qual a inserção da família no tratamento do portador de transtorno mental é imprescindível<sup>1</sup>. Por muito tempo a família foi considerada como a causadora do transtorno mental e incapaz de cuidar de seu familiar doente. Acreditava-se que a família deveria permanecer distante do portador de transtorno mental, que era entendido como indisciplinado e responsável pela desordem social, assim seu convívio em família poderia prejudicar os membros mais vulneráveis como crianças, idosos e mulheres<sup>2,3</sup>.

Em decorrência da RPB, ocorreram intensas mudanças na área da saúde mental, a família passou a ser entendida como ativa no tratamento, sendo também carente de cuidados, pois a convivência e o cuidado exigidos pelo portador de transtorno mental lhe causam sobrecarga física e emocional<sup>2,4</sup>.

Com a aprovação da Lei 10.216/01<sup>5</sup>, a RPB foi concretizada, orientando, assim, práticas em saúde mental com objetivos de realocar o portador de transtorno mental no âmbito familiar e comunitário, utilizar preferencialmente serviços da atenção primária e garantir o direito da cidadania e autonomia que havia perdido devido às internações prolongadas nos manicômios. Essa realidade brasileira converge com a tendência mundial preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), reconhecendo a atenção primária como primordial para a integração dos serviços em saúde mental<sup>6</sup>.

Assim, no Brasil os serviços de saúde mental extra-hospitalares são compostos pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospital-Dia (HD), Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e Ambulatórios de saúde mental como propostas de reestruturação e diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos. A legislação de saúde mental brasileira visa definir o papel e o alcance das ações em saúde nas esferas federais e locais provendo condições para que o portador de transtorno mental seja inserido na sociedade, receba tratamento no seu território e conviva com sua família<sup>7</sup>.

Considerando a importância que a família ocupa no sucesso ou insucesso do tratamento, esta pesquisa teve como objetivo apreender as percepções de familiares de pessoas com transtorno mental quanto ao tratamento face à Reforma Psiquiátrica Brasileira.

## METODOLOGIA

Pesquisa qualitativa exploratória, desenvolvida de março a junho de 2010, em um hospital-Colônia, especializado em psiquiatria da rede pública do Estado do Paraná, e que atende exclusivamente pelo do Sistema Único de Saúde do Brasil.

A pesquisa qualitativa trabalha com significados, atitudes, crenças e valores, ocupando-se em profundidade com as relações, processos e fenômenos, que não podem ser traduzidos em variáveis. O critério de escolha da população a ser investigada na abordagem qualitativa não é numérico, uma vez que a amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade de suas diversas dimensões<sup>8</sup>.

Para tanto, os sujeitos foram 10 familiares de portadores de transtorno mental internados na instituição, selecionados conforme os seguintes critérios de inclusão: ser membro da família do portador de transtorno mental, acompanhar o tratamento do paciente e saber informar acerca do tratamento e concordar em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram respeitados os aspectos éticos, de acordo com a Declaração de Helsinki. O projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal do Paraná, registro CEP/SD: 822.157.09.10.

Os dados foram obtidos mediante entrevista semiestruturada cujo roteiro continha questões relativas à caracterização e uma pergunta aberta: *Como você percebe o tratamento recebido pelo seu familiar em face da RPB?*

Os dados foram submetidos à Análise de Conteúdo<sup>9</sup>, mediante as fases de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A pré-análise consiste na familiarização do material (escuta, transcrição e leitura das entrevistas). Na exploração do material, elege-se os temas de relevância ao estudo. Na última fase, o pesquisador propõe inferências dos dados para a interpretação final e construção das categorias, que são articulados com a teoria.

**Quadro 1**  
**Caracterização dos familiares segundo idade, sexo, parentesco e residência com o familiar com transtorno mental**

Sujeito	Idade	Sexo	Grau de parentesco	Reside no mesmo domicílio
F.1	29	M	Neto	Sim
F.2	56	M	Irmão	Não
F.3	36	F	Filha	Não
F.4	59	F	Irmã	Não
F.5	67	F	Mãe	Sim
F.6	58	F	Irmã	Sim
F.7	51	F	Irmã	Sim
F.8	45	F	Irmã	Sim
F.9	72	F	Mãe	Sim
F.10	45	F	Irmã	Não

## RESULTADOS

Apresentam-se os dados de caracterização dos sujeitos, seguidos das categorias temáticas: Tratamento do portador de transtorno mental em face da Reforma Psiquiátrica; Serviços de saúde mental extra-hospitalares; Sobrecarga física e emocional do familiar (Quadro 1).

**Tratamento em saúde mental em face da Reforma Psiquiátrica.** Os familiares reconhecem que, nos últimos anos, existe um modo diferente de tratar o portador de transtorno mental, com novas atividades, visando a reintegrá-lo à sociedade. Percebem mudança na relação entre equipe e usuários dos serviços de saúde mental:

*«Uma coisa de que a gente tomou conhecimento é o tipo de trabalho e envolvimento do doente nas atividades que ele faz, nas iniciativas de tentar reintegrá-lo».*

*«O jeito da equipe tratar mudou muito. Em tudo. Há dedicação de todos, médicos, psicólogos (...). Mudou bastante para nós».*

Os participantes relataram que houve mudança no tempo de duração das internações, pois antes da RPB as internações duravam até cinco anos, mas atualmente percebem a redução para pouco mais de um mês. Também, que diferentemente do que ocorria, o intervalo entre as internações estão maiores e as ocorrências diminuíram de frequência:

*«As internações anteriores eram mais longas».*

*«A primeira internação foi de cinco anos e oito meses, depois, foram em média de quatro meses. A última foi de 40 dias».*

*«Com a Reforma Psiquiátrica, o tempo de internação foi diminuindo (...) esse tempo encurtou bastante».*

Os sujeitos compararam as formas de orientações e informações fornecidas pelos profissionais dos hospitais. Descreveram que no passado, durante a internação hospitalar do paciente, faltava orientação quanto às opções de continuidade do tratamento e de informações sobre o tipo de transtorno, sintomas e uso de medicação. Um sujeito referiu que o tratamento era por internações institucionais manicomial era a única opção. Outro refere o panorama atual como esclarecedor de dúvidas, com espaços próprios para orientações da família.

*«Nos outros hospitais que ele ficou internado nunca ninguém o encaminhou para continuar o tratamento no CAPS».*

*«Nunca foi encaminhado para nenhum outro lugar (...). Era só internação. Não teve nenhum outro acompanhamento, nem explicação (...) a gente nunca teve quem orientasse para procurar o CAPS para continuar o tratamento (...). Nunca explicaram sobre a doença, como hoje fazem neste hospital. Eu sabia que ele tinha distúrbio bipolar, mas não sabia o que era. Ninguém nunca explicou. Sabemos que*

*ele precisa tomar remédio, que tem distúrbio, mas não sabia como era, como agir».*

*«Ele se internava e fazia o tratamento no hospital, era só isso. Lá dopavam, ficava cheio de remédio, não tinha como a gente conversar com ele, ninguém vinha conversar com a família, nem médico, psicólogo. Nós não tínhamos assistência, ninguém conversava conosco».*

Na fala seguinte, o sujeito explicita sua percepção quanto à inserção da família no tratamento em face da RPB, compreendendo-a como uma ação que precisa ser fortalecida por medidas em longo prazo, desenvolvidas para famílias que possuem ou não um membro com transtorno mental:

*«O trabalho com a família é incipiente (...). Seria um avanço na Reforma desenvolver alguma coisa em longo prazo, que sensibilize a família (...). Um trabalho direcionado para sensibilizar as famílias, que tem o problema ou não».*

**Serviços de saúde mental extra-hospitalares.** Os sujeitos descreveram outros serviços onde tratam o portador de transtorno mental e o CAPS apareceu como o mais conhecido e procurado, reconheceram sua estrutura e organização. Entretanto, referiram que seu familiar portador de transtorno mental desconhece a finalidade do CAPS e, em alguns casos, apresenta pouca adesão. Citaram também o Hospital-dia e o ambulatório como locais alternativos.

Nas falas a seguir, notam-se a valorização do trabalho desenvolvido pelos CAPS, sua efetividade e importância da decisão do paciente em frequentar esse serviço:

*«Faz quase dois anos que ela frequenta o CAPS (...) está participando ativamente, conseguiu a vaga e decidiu ir. Eu percebo que o CAPS trouxe grande benefício, é espetacular, uma coisa muito boa. Para ela está ajudando muito, apesar de ela ter a doença há bastante tempo (...). Está ajudando muito na melhora dela (...). É, no CAPS que está dando estrutura, acho que gradativamente está melhorando».*

*«No CAPS tem tudo o que ele precisa (...) psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional (...). Depois que ele tiver alta, vai ter opções para procurar e continuar o tratamento, o CAPS na região em que a gente mora ou um centro de triagem (...). Eu vou*

*pedir que seja no CAPS, porque lá tem mais opções».*

Por outro lado, o relato a seguir critica a periodicidade, que o CAPS sugere ao paciente com transtorno mental frequentar. Refere que o paciente comparece ao serviço para obter nova receita para a medicação, e que, por vezes, ele nem chega a ir ao serviço, sendo o familiar que busca a receita.

*«Ele vai ao CAPS (...) o que fazem lá é só dar a receita. Quando termina, eles dão remédio para 30 dias, termina de novo (...), e daí a cada 30 dias tem que ir lá. Quando ele sai da internação, frequenta o CAPS só para pegar a receita (...). Às vezes, não o levo lá, só pego a receita».*

*«Fomos lá, arrumamos tudo, mas ela não quis ficar no CAPS (...), não quis devido ao transporte, porque temos que levá-la de manhã e retornar à tarde, e como ela não quis, não vou obrigá-la».*

*«Ele nunca foi ao CAPS, não queria ir e minha mãe não o levava (...). Nunca frequentou, ele não gosta de ir».*

O conhecimento que os sujeitos possuem sobre o CAPS é recente e pelos seus relatos as informações acerca de sua existência chegam a eles de modo lento e defasado, assim como o seu conhecimento nem sempre se dá pela equipe de saúde.

*«Eu desconhecia sobre a existência dos CAPS (...) faz uns cinco ou seis anos que eu conheço».*

*«Soubemos que existe CAPS por meio de uma amiga que tem problemas mentais e se trata no CAPS».*

Houve citação do hospital-dia, associado à continuidade do tratamento logo após a alta hospitalar. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) foram referidas por 50% dos sujeitos como local de tratamento ao qual recorrem para conseguir internação hospitalar nos períodos de exacerbação dos sintomas do transtorno mental de seu familiar:

*«Ele ficou três meses internado e quando recebeu alta foi encaminhado para o hospital-dia».*

*«Ela fica em casa e tem acompanhamento da equipe da UBS (...), continua o tratamento na UBS mesmo».*

*«Faz o tratamento na UBS (...), pega medicação (...), faz consulta com o psiquiatra da UBS, (...) é só para a UBS que encaminham ela (...) continua o tratamento lá».*

*«Ele saía com os medicamentos receitados pelo hospital, para uns 3 dias, depois a gente procurava um clínico geral da UBS para encaminhar para um psiquiatra».*

**Sobrecarga física e emocional do familiar.** Os sujeitos abordaram a participação da família no tratamento do portador de transtorno mental e a sobrecarga a que ela é submetida em decorrência dessa convivência. Relataram que acompanham o tratamento através das reuniões que ocorrem durante o período de internamento, mediante auxílio para o correto uso da medicação e no acompanhamento às consultas:

*«No Hospital, participo de todas as reuniões, procuro não faltar às reuniões».*

*«Teve reuniões no Hospital, fui a duas e eram com todos juntos, os pacientes com os familiares; eles conversavam com todos».*

Entretanto, nas falas a seguir é citado que há pouca participação dos outros membros da família no tratamento do portador de transtorno mental, deixando-o a cargo de poucos.

*«No início, nessas reuniões familiares, a gente trazia a família, mas hoje, nem no CAPS eu estou conseguindo que participem (...) será que ninguém pode realmente tirar um tempo? Infelizmente, apesar de a família ser grande, fica restrita à gente mesmo».*

Quando um familiar assume a responsabilidade pelo portador de transtorno mental e seu tratamento, surgem mudanças em seu convívio social, podendo ser isolado pelos demais membros da família, ocorrendo instabilidade e, por vezes, separação conjugal. A fala seguinte demonstra a responsabilidade sobre o tratamento do paciente, e que isso demanda compromisso, gera pressão, sobrecarga física e mental sobre esse familiar:

*«Eu vejo que dentro dessa proposta a gente existe um grau de responsabilidade do familiar. (...) Se você não acreditar em alguma coisa, que ela vai melhorar, você fica na estrada, não tem como você resistir a tanta pressão, porque é evolução de um problema constante, que nunca acaba (...). Há poucos dias, o meu filho mais novo, com 23 anos, me falou que achava que eu me separei da mãe deles por causa da minha filha que tem transtorno mental.*

*O problema realmente é pesado».*

*«Realmente, não é fácil, por um lado se obriga, clama pelo reconhecimento, valorização, e por outro lado é uma pancadaria, que é difícil você manter equilíbrio numa continuidade de vida de uma pessoa com doença mental».*

Os sujeitos se referiram ao descaso do gestor público e da equipe para com as necessidades do paciente e isso se estende à família. Nota-se que a família passa a se sentir desvalorizada e não participante do tratamento:

*«Eles não dão o devido atendimento para o doente mental. Os governos tinham que dar melhor atenção à causa mental. A gente pede ajuda, auxílio da assistência, mas não tem, nem para ambulância, quando ele está muito ruim, eu vou até a UBS, fico lá, porque ele entra em uma sala, entra na outra, não deixa ninguém trabalhar, daí eles chamam a ambulância».*

*«Não sei se pelo tratamento, pelo jeito que estão tratando ele, pelo que fazem com a gente também, nos outros hospitais você se sente um lixo, tratam você como uma pessoa qualquer. Eles não têm carisma, aquele tipo de tratamento que tem neste hospital».*

## DISCUSSÃO

Os sujeitos da pesquisa têm entre 29 e 71 anos, a maioria (n=8) são mulheres, corroborando estudos brasileiros em que se verificou a predominância feminina nos atendimentos a familiares portadores de transtorno mental, para os quais essas familiares desempenhavam o papel de cuidadora principal<sup>1,10</sup>.

As formas de tratamento em face da RPB são percebidas pelos sujeitos pelas ações e atividades com vistas à reintegração do portador de transtorno mental na sociedade, e não somente a procedimentos de higiene, alimentação e manutenção da ordem, como ocorria no modelo manicomial. Atualmente, exigem-se dos profissionais de saúde, entre eles os enfermeiros, que atuem conscientes de seu papel, dispostos a explorar as mais variadas formas de atenção em saúde, visando a exercitar a autonomia e a cidadania da pessoa com transtorno mental, contribuindo para sua reabilitação<sup>11</sup>.

O trabalho multiprofissional explicitado pelos sujeitos está em conformidade com os pressupostos da

RPB. Porém, o trabalho em equipe é uma das grandes dificuldades e desafios na área da saúde mental. As questões que envolvem a saúde mental são complexas e amplas, necessitando de abordagem por vários olhares, mediada pelas discussões entre profissionais, família e paciente<sup>12,13</sup>.

A intervenção profissional deve proporcionar espaços acolhedores que permitam troca de experiências, compartilhamento de alegrias, dúvidas, tristezas, ampliando a autonomia dos pacientes e diminuindo o sofrimento e sobrecarga emocional das famílias. O enfermeiro ao cuidar do paciente com transtorno mental e sua família estabelece uma dinâmica a esse cuidado, identificando dificuldades e pontos fortes da família e, assim, pode esclarecer sobre as possibilidades de reabilitação, pois a autonomia do paciente depende do potencial de cada um, podendo ou não ocorrer<sup>4,12,13</sup>.

A falta de orientação ao usuário na área da saúde mental foi fortemente evidenciada, pois a família não sabia como proceder após a alta hospitalar, não tinha informações sobre a doença, efeitos da medicação. Com a mudança no modelo de atenção em saúde mental, a relação entre a equipe de saúde e a família foi revista, e a família foi incluída nos planos de reabilitação e cuidados. Para tanto, as informações entre família/equipe devem ser constantes; caso não ocorra, o processo terapêutico pode ser abalado<sup>11</sup>.

As falas dos sujeitos traduzem o que preconiza a Lei 10.216, e as diretrizes da OMS em que as pessoas com transtorno mental têm o direito de serem tratadas preferencialmente em serviços da atenção primária, evitando as internações prolongadas em hospitais psiquiátricos com característica asilares e manicomais<sup>5,6</sup>.

Com a ampliação da rede de atenção em saúde mental promovida pela RPB, os sujeitos perceberam o surgimento da rede de serviços extra-hospitalares na atenção primária. No Brasil atualmente existem 1.541 CAPS, que oferecem acompanhamento clínico e mediam a reinserção social dos usuários pelo trabalho, lazer, exercício dos direitos civis, cidadania e fortalecem laços familiares e com a comunidade<sup>14</sup>. Portanto, sua função extrapola a de prescrever medicamento.

O HD é modalidade de tratamento que permite ao paciente receber cuidados durante o dia e à noite estar com a família. Esse dispositivo proporciona à família possibilidade de vivenciar, ao lado do portador de

transtorno mental, o tratamento e, buscar junto com ele, formas facilitadoras de adaptação à família<sup>15</sup>.

Um estudo realizado com 34 usuários de HD no Brasil revelou que mais de 60% da amostra foi encaminhada ao HD por serviços ambulatoriais; predominaram os transtornos afetivos e mais de 50% dos usuários já haviam sido internados em hospital psiquiátrico<sup>16</sup>. Estudo desenvolvido em dois HDs de Fortaleza/Brasil concluiu que a família é fundamental na reabilitação do portador de transtorno mental, pois amplia sua autonomia<sup>17</sup>.

Entretanto, a pouca participação de todos os membros da família no tratamento do portador de transtorno mental gera aos familiares cuidadores, sobrecarga, pois não há com quem dividir responsabilidades<sup>17</sup>. A alteração social a que a família é submetida acarreta sobrecargas que se referem aos problemas ou dificuldades reais causados pelos comportamentos dos pacientes e as relacionadas aos sentimentos pessoais que o cuidador tem sobre o ato de cuidar, sendo resposta da família ao processo de adoecer, ao sofrimento<sup>13</sup>.

Um estudo brasileiro com 150 familiares de portadores de transtorno mental, concluiu que há alta incidência de sobrecarga aos familiares relacionada às atividades cotidianas, devido à necessidade de pedir aos pacientes repetidas vezes que se ocupassem com algo. O estudo apontou que as atividades ocupacionais ou recreativas direcionadas aos pacientes foram consideradas fatores de redução da sobrecarga familiar<sup>15</sup>.

## CONCLUSÕES

Os resultados demonstram as mudanças na assistência em saúde mental e que existe falta de homogeneidade no funcionamento dos dispositivos extra-hospitalares. O conhecimento dos familiares de portadores de transtorno mental e suas percepções do tratamento que é ofertado são relevantes para avaliar a efetividade do processo da RPB, pois demonstram como estão o processo de inclusão da família como cuidadora e recebedora de cuidados e a qualidade do tratamento que é oferecido a essa clientela. Este estudo aponta para necessidade de políticas públicas que dêem suporte às necessidades das famílias das pessoas com transtorno mental.

**Conflito de interesses.** Os autores declaram que não houve conflito de interesse para este estudo.

## REFERÊNCIAS

1. Colveiro LA, Ide CAC, Rolim MA. Família e doença mental: a difícil diferença com a convivência. *Rev Esc Enferm USP*. 2004; 38: 197-205.
2. Azevedo DM, Miranda FAN, Gaudêncio MMP. Percepções de familiares sobre o portador de sofrimento psíquico institucionalizado. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009; 13: 458-91.
3. Dueñas E, Martínez MA, Morales B, Muñoz C, Viáfara AS, Herrera JA. Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. *Colomb Med*. 2006; 37 Supl 1: 31-8.
4. Pereira MAO; Pereira AR. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. *Rev Esc Enferm USP*. 2003; 37: 92-100.
5. Ministério da Saúde. *Lei Federal n. 10.216 de 06 de abril de 2001*. Brasília; Ministério da Saúde; 2001.
6. WHO. *Integrating mental health into primary care: a global perspective*. World Organization of Family Doctors. Geneva: WHO; 2008.
7. Furegato ARF. Políticas de Saúde Mental do Brasil. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43: 258-9.
8. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
9. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 4ª ed. Lisboa: Edições 70; 2010.
10. Machado ALG, Freitas CHA, Jorge MSB. O fazer do cuidador familiar: significados e crenças. *Rev Bras Enferm*. 2007; 60: 530-4.
11. Andrade RLP, Pedrão LJ. Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005; 13: 737-42.
12. Waidman MAP, Elsen I. O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. *Texto Contexto Enferm*. 2005; 14: 341-9.
13. Soares CB, Munari DB. Considerações acerca da sobrecarga em familiares de pessoas com transtornos mentais. *Cienc Cuid Saude*. 2007; 6: 357-62.
14. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde mental em dados*. 7ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
15. Barroso SM, Bandeira M, Nascimento E. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. *Rev Psiquiatr Clin*. 2007; 34: 270-7.
16. Lima MCP, Botega NJ. Hospital-dia: para quem e para quê? *Rev Bras Psiquiatr*. 2001; 23: 195-9.
17. Jorge MSB, Ramírez ARA, Lopes CHAF, Queiroz MVO, Bastos VB. Representações sociais das famílias e dos usuários sobre participação de pessoas com sofrimento mental. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42: 135-42.