

O CUIDADO À FAMÍLIA EM SOFRIMENTO COM PSICOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA É POSSÍVEL? RELATO DE EXPERIÊNCIA EXITOSA NO ALTO SERTÃO PARAIBANO

Care of families in situation of psychosis in primary care – is it possible? A successful experience at the backwoods of Paraíba State, Brazil.

Ana Carolina de Souza Pieretti¹

Cícero Abdon Malheiro Gomes²

RESUMO

O cuidado em saúde mental ainda é um desafio para a atenção primária, sendo a psicose uma questão especial para as equipes de saúde da família. Este artigo traz o relato do cuidado na atenção básica a uma família em sofrimento psíquico e social por psicose. OBJETIVO: Discutir as contribuições de conceitos, como acolhimento e vínculo, e de algumas ferramentas de abordagem familiar, na prática da atenção primária à saúde mental, a partir da vivência e relato de acompanhamento de uma família em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do sertão paraibano. MÉTODO: Partiu-se do referencial da clínica ampliada para o cuidado à saúde de uma família na qual o transtorno psicótico exerce importante papel de sofrimento. A fim de potencializar o conhecimento sobre a estrutura familiar e entender como são as relações entre as pessoas da família, lançou-se mão de algumas ferramentas de abordagem familiar (genograma, ecomapa, PRACTICE). RESULTADOS: A partir de uma abordagem orientada pela clínica ampliada e de um melhor conhecimento do funcionamento familiar, foi possível garantir mais autonomia aos membros da família acometidos por psicose. CONCLUSÃO: A Estratégia de Saúde da Família pode cumprir um importante papel no cuidado em saúde mental a partir da incorporação de práticas da clínica ampliada a fim de garantir a integralidade do cuidado.

Palavras-chave: Saúde mental. Vínculo. Acolhimento. Clínica em Saúde Mental. Estresse psicológico.

¹ Professora Auxiliar - Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).
E-mail: contatodacarol@gmail.com

² Graduando em Medicina - Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).
E-mail: abdonmalheiro@hotmail.com

ABSTRACT

Mental health care is still a challenge for primary care, specially in complex situations like psychosis. This paper reports the primary care to a family suffering with psychosis. **OBJETIVE:** To discuss the aid of concepts, such as user embracement, bonding, and some tools for family care in primary mental health care, starting from the experience with a family by a family health team in the backwoods of the State of Paraíba, Brazil. **METHODS:** The concept of expanded clinics based the health care of a family in which psychotic disorder plays an important role of psychological and social stress. In order to enhance knowledge about the family structure and to understand the relationships between family members, we used some tools for familiar approach (genogram, ecomap, PRACTICE). **RESULTS:** A better knowledge of the family operation was made possible as well as the provision of more autonomy to the family members affected by psychosis. **CONCLUSION:** The Family Health Strategy may play an important role in mental health care, ensuring the practical application of the principal of integral care.

Keywords: Mental Health. Bonding. User embracement. Mental health clinical. Psychological stress.

1 INTRODUÇÃO

O cuidado em saúde mental ainda é um desafio para a atenção primária. O Ministério da Saúde tem apostado na aproximação entre as áreas da Saúde da Família e da Saúde Mental através das noções de território, fortalecimento das redes de cuidados, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, desinstitucionalização, promoção da cidadania dos usuários e estímulo à autonomia de usuários e familiares (BRASIL, 2003). A Estratégia de Saúde da Família (ESF) deve incorporar dentre as suas competências a atenção às pessoas com sofrimento psíquico e seus familiares, visto que as demandas deste campo podem perfazer 12% dos atendimentos em atenção primária (FIGUEIREDO, 2008). Neste panorama, o presente relato busca mostrar como a clínica ampliada e a abordagem familiar podem ser ferramentas importantes na construção deste cuidado.

Com o movimento da reforma sanitária brasileira, vê-se a busca pela construção de novos modelos assistenciais e consolidação de um campo da saúde coletiva que busca outras respostas ao cuidado individual e coletivo para além do modelo biomédico. Na

busca pela integralidade na atenção à saúde, pode-se destacar a clínica ampliada, ou clínica do sujeito, como uma abordagem onde a doença não ocuparia todo o lugar do sujeito; a doença entra em sua vida, mas não o desloca totalmente (CAMPOS, 2001).

No contexto da atenção primária, a clínica ampliada pode fazer parte das abordagens de cuidado integral que favoreçam a inserção da saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. Diversos trabalhos já apontam a necessidade desta incorporação, visto que tem sido crescente a demanda pela atenção a transtornos psíquicos leves, transtornos de ansiedade, quadros depressivos e relacionados ao uso de substâncias psicoativas, no contexto da atenção primária (FIGUEIREDO *et al*, 2008; LANCETTI, 2008). E esta demanda tem sido de alguma forma incorporada, como mostram dados do Ministério da Saúde que apontam que, mesmo antes de haver um direcionamento maior por parte da instância federal para a articulação entre saúde da família e saúde mental, no ano de 2003, 56% das equipes do então denominado Programa de Saúde da Família afirmavam realizar alguma ação de saúde mental (BRASIL, 2003).

Nesta abordagem da clínica ampliada, o vínculo é um recurso terapêutico de fundamental importância na atenção primária à saúde e muito útil na abordagem em saúde mental. A construção de vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários não deve partir de uma prerrogativa meramente humanizadora da assistência à saúde, mas também ser entendida como a qualificação do trabalho em saúde (CAMPOS, 2007). Por outro lado, a Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde estimam que 80% dos usuários encaminhados ao serviço de saúde mental não apresentam de início uma demanda que justifique a atenção especializada (BRASIL, 2003). Isto demonstra que as equipes de saúde da família ainda não conseguem aproveitar plenamente sua proximidade com as comunidades enquanto recurso estratégico para o enfrentamento do sofrimento psíquico e acabam encaminhando grande parte do que deveria ser resolvido na atenção básica aos serviços especializados.

Este artigo objetiva discutir as contribuições de conceitos, como acolhimento, vínculo, e das ferramentas de abordagem familiar (Genograma, Ecomapa e Practice) na prática da atenção primária à saúde mental a partir da vivência em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do sertão paraibano.

Acolhimento e vínculo devem estar presentes na construção de uma clínica ampliada. O acolhimento pode ser definido como uma prática inerente a todas as relações de cuidado, sendo construído nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, a partir dos atos de receber e escutar as pessoas que procuram o serviço de

saúde (BRASIL, 2011). Já o vínculo acontece quando há responsabilização e envolvimento por parte da equipe de saúde e confiança por parte do usuário nesta equipe, o que indica interdependência. Depende tanto da forma como as equipes se responsabilizam pela saúde das pessoas de uma determinada microrregião, como da sua capacidade de responder de maneira singular às demandas de casos específicos (CAMPOS, 2007).

Já as ferramentas de abordagem familiar auxiliam na compreensão e representação gráfica da estrutura familiar e suas relações com a cidade, e na abordagem diagnóstica (CHAPADEIRO, 2011). Neste artigo são apresentadas, no caso em questão, as contribuições do Genograma, Ecomapa e Practice. Tanto o genograma quanto o ecomapa formam uma representação gráfica da família. O primeiro traz informações detalhadas sobre as gerações, relações de parentescos e problemas de saúde que aparecem a cada geração, além de dados como idade e falecimento de membros da família. O segundo aponta a rede social da família. Por outro lado, o PRACTICE permite a avaliação do funcionamento das famílias e entendimento de problemas de ordem clínica, comportamental ou relacional com vistas a subsidiar a elaboração de intervenções.

2 METODOLOGIA

Este artigo, em formato de relato de caso, apresenta o relato de cuidado a uma família na qual o transtorno psicótico exerce importante papel no sofrimento, tanto dos membros acometidos quanto dos familiares. Percebe-se, entretanto, a possibilidade de que a equipe de saúde da família desempenhe a assistência na perspectiva da integralidade. Este cuidado é feito a partir do referencial teórico da clínica ampliada e utiliza algumas ferramentas de abordagem familiar, já apontadas anteriormente. Foi realizado o acolhimento pela equipe da demanda trazida pela família e a identificação, ao longo dos atendimentos, na unidade e em domicílio, das necessidades de saúde obscurecidas pela prática clínica degradada corrente na região, construído o vínculo a fim de potencializar as estratégias terapêuticas e utilizadas as ferramentas de abordagem familiar.

O início da abordagem desta família acontece num momento de reorganização do processo de trabalho na unidade de saúde da família, com organização da demanda e implementação do acolhimento.

A fim de potencializar o conhecimento sobre a estrutura familiar e entender como são as relações entre as pessoas da família, foram utilizadas algumas ferramentas de abordagem familiar: o genograma, o ecomapa e o P.R.A.C.T.I.C.E.

O genograma foi inicialmente utilizado por geneticistas para o estudo de doenças hereditárias e, posteriormente, por volta da década de 70, incorporado por terapeutas familiares da escola americana, sendo importante ferramenta para a colheita e registro gráfico de dado sobre a história biomédica e psicossocial do usuário e seus familiares (REBELO, 2007). O ecomapa foi desenvolvido em 1975 e traz contribuições importantes ao genograma por constituir-se em uma representação gráfica das relações sociais de uma família às estruturas sociais do meio (AGOSTINHO, 2007). Já o P.R.A.C.T.I.C.E. é um instrumento que possibilita a avaliação do funcionamento familiar, indicado em situações mais complexas em que se avalia como a família lida com um determinado problema clínico ou psicossocial e subsidia o planejamento de intervenções (CHAPADEIRO, 2011).

2.1 A FAMÍLIA

Moram no domicílio a mãe L., 65 anos, o pai P., 64 anos, e cinco filhos com idades entre 23 e 41 anos. O pai e o filho mais velho, E1, apresentam quadro psicótico de longa data, com história de internações em hospital psiquiátrico e seguimento ineficaz por irregularidade nas consultas no Centro de Atenção Psicossocial, inadequação e uso irregular da medicação. O primeiro contato com a médica da ESF iniciou há cerca de um ano e meio na busca pela "renovação de receitas" por L., que desenvolve papel central no cuidado da família. Pelo relato de L., o marido não tinha ânimo para o trabalho (agricultura) e E1 apresentava sintomas psicóticos intensos, positivos (alucinações, irradiação de pensamento) e negativos (retraimento social), acarretando prejuízos nas suas atividades diárias. Há anos as prescrições eram apenas repetidas e nenhum deles estava com acompanhamento médico regular. A equipe apenas garantia a continuidade das prescrições para acesso à medicação.

A problemática da psicose gera importante comprometimento na vida dos dois sujeitos afetados, assim como sobrecarga da mãe/esposa que assume o papel de cuidadora. O pai tem início do quadro já após os 40 anos e, segundo a esposa, após anos de uso abusivo de álcool. Já o filho inicia o quadro após os 30 anos, sem história prévia

de uso de álcool ou drogas, indicando tratar-se de um transtorno psicótico diferente do pai.

3 DISCUSSÃO

A família é composta pelos genitores e seus filhos, sendo que no domicílio ainda reside uma neta conforme genograma adiante (figura 1). Como foi abordado, o pai P. e o filho mais velho E1 sofrem de quadro psicótico de longa duração. Tiveram várias internações em hospital psiquiátrico e um difícil seguimento, tanto no serviço especializado quanto na unidade de saúde da família ao longo do tempo, o que torna complexo precisar o diagnóstico. No entanto, foi feita a delimitação no diagnóstico sindrômico para síndrome psicótica. As internações, nesse caso, aparecem como uma solução para a situação insuportável de ansiedade que vivencia a família quando percebe a emergência de uma crise, e pode representar uma tentativa de manutenção da estrutura familiar. Vale aqui fazer coro a Coelho (2012) que aponta que a prática psiquiátrica dos dias atuais está muito mais ocupada com categorizações do que com as pessoas. Por vezes, não é necessário ou mesmo possível saber o código exato de determinado transtorno mental para que se possa cuidar do sujeito que sofre, perspectiva apontada pela reforma psiquiátrica ao colocar a doença entre parêntese para voltar a olhar o sujeito em toda a sua existência-sofrimento e relação com o corpo social, ao contrário da Psiquiatria que toma como seu objeto a doença ou a periculosidade atribuída a ela (ROTELLI et al, 2001).

A mãe, L., ocupa papel central nesta família como cuidadora e provedora do sustento familiar através de sua aposentadoria. Devido à doença do esposo e do filho, acaba sendo sobrecarregada e negligencia sua própria saúde na medida em que não procura atendimento para si, pois deixa em segundo plano as suas próprias necessidades para cuidar dos demais da casa. O contato de L. com a equipe da USF ocorre, na maioria das vezes, apenas quando vai à unidade em busca da renovação das receitas dos medicamentos utilizados pelo esposo e filho. Percebe-se, neste caso e em outros, que é uma prática comum: após uma internação psiquiátrica ou mesmo apenas uma consulta com especialista em saúde mental, as pessoas sejam medicadas com psicotrópicos e que seu seguimento nas unidades de saúde se resuma à repetição das mesmas prescrições anos a fio, sem reavaliação ou mesmo encaminhamento à referência, talvez reflexo da estigmatização dos portadores de transtornos mentais, mesmo entre os profissionais de

saúde, e dificuldade dos médicos em garantir resolutividade nestas questões, da mesma forma que em outras áreas da clínica. Quando iniciou o contato desta família com a equipe, P. e E1 estavam com medicações inadequadas, P. sem ânimo para trabalhar na agricultura (importante complemento de renda para a família) em função do excesso de medicamentos e E1 estava sintomático (alucinações, delírios, isolamento) sem sair do seu quarto, de acordo com o relato de sua mãe e do próprio usuário em visita domiciliar realizada posteriormente.

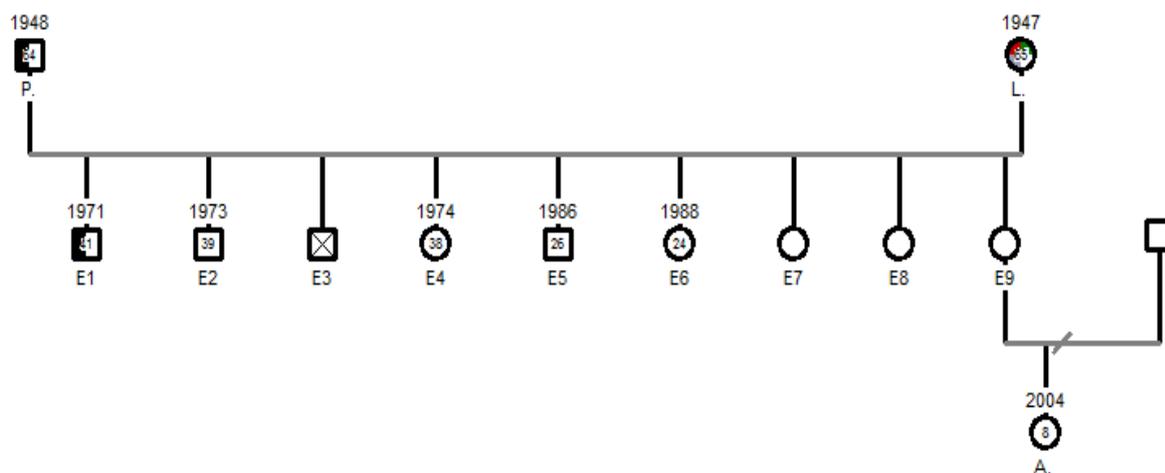
Sabe-se que a convivência com familiares portadores de transtornos mentais pode ser marcada por sentimentos de angústia, culpa e tristeza, especialmente para os pais (GALERA et al, 2011). A constante situação de instabilidade, diante da imprevisibilidade de suas ações, significa conviver com a expectativa de que uma nova crise possa surgir a qualquer momento. Costuma haver também insegurança pelo destino dos filhos adultos na falta dos pais, visto não conseguirem adquirir a independência esperada na idade adulta em função do adoecimento (ROMAGNOLI,2006). Apesar de L. expressar que, em certas condições a vida prossegue, é possível perceber no comportamento, na expressão facial e postural desta pessoa, que a situação por ela vivida causa sofrimento e uma sobrecarga emocional. Ela acaba por assumir uma condição de dedicação exclusiva aos cuidados aos membros adoecidos da casa.

Uma importante questão, neste caso, foi o estabelecimento de um forte vínculo entre a equipe e a família. A construção do vínculo pressupõe responsabilização e envolvimento por parte da equipe de saúde, e acontece quando, do lado do paciente, ele acredita que a equipe pode contribuir para a defesa de sua saúde (CAMPOS, 2007). Portanto, o vínculo acontece quando há disposição e certa resolutividade por parte da equipe na visão do usuário. No caso em questão, isso fica evidenciado no fraco vínculo construído entre a família de L. e o CAPS II (Centro de Atenção Psicossocial), já que o mesmo não apresentava resolutividade nos momentos de “crise” de P. e E1, e ainda, por não estar no mesmo território, havia dificuldade de um maior envolvimento da equipe com a família. Observa-se também dificuldade de este serviço articular-se com a equipe da atenção básica. Neste momento também não havia o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que poderia auxiliar no processo. No cenário descrito, portanto, a equipe de saúde da família pode ocupar um lugar privilegiado na cadeia de cuidados.

Isto fica evidente na forma como se deu o acolhimento desta família pela UBS. A partir do diagnóstico das demandas de saúde da área, esta demanda foi organizada de forma a garantir um espaço de escuta privilegiado nas consultas agendadas daqueles

usuários com queixas de saúde mental, garantindo a equidade visto estes usuários normalmente precisarem de mais tempo no seu atendimento. Também foi introduzido o acolhimento à demanda espontânea realizado pelo profissional médico no início do atendimento a partir da perspectiva da escuta qualificada. Foi neste momento que L. procurou a unidade a fim de “renovar as receitas de remédios controlados” do esposo e do filho. No entanto, é feito o convite para que ambos venham em consulta marcada na qual apenas o pai aparece, já que o filho encontrava-se muito sintomático. Neste momento foi agendada visita domiciliar para realizar o cuidado adequado do filho e conhecer o contexto familiar.

FIGURA 1- Genograma da família.



2.1.2 Genograma, ecomapa e P.R.A.C.T.I.C.E.

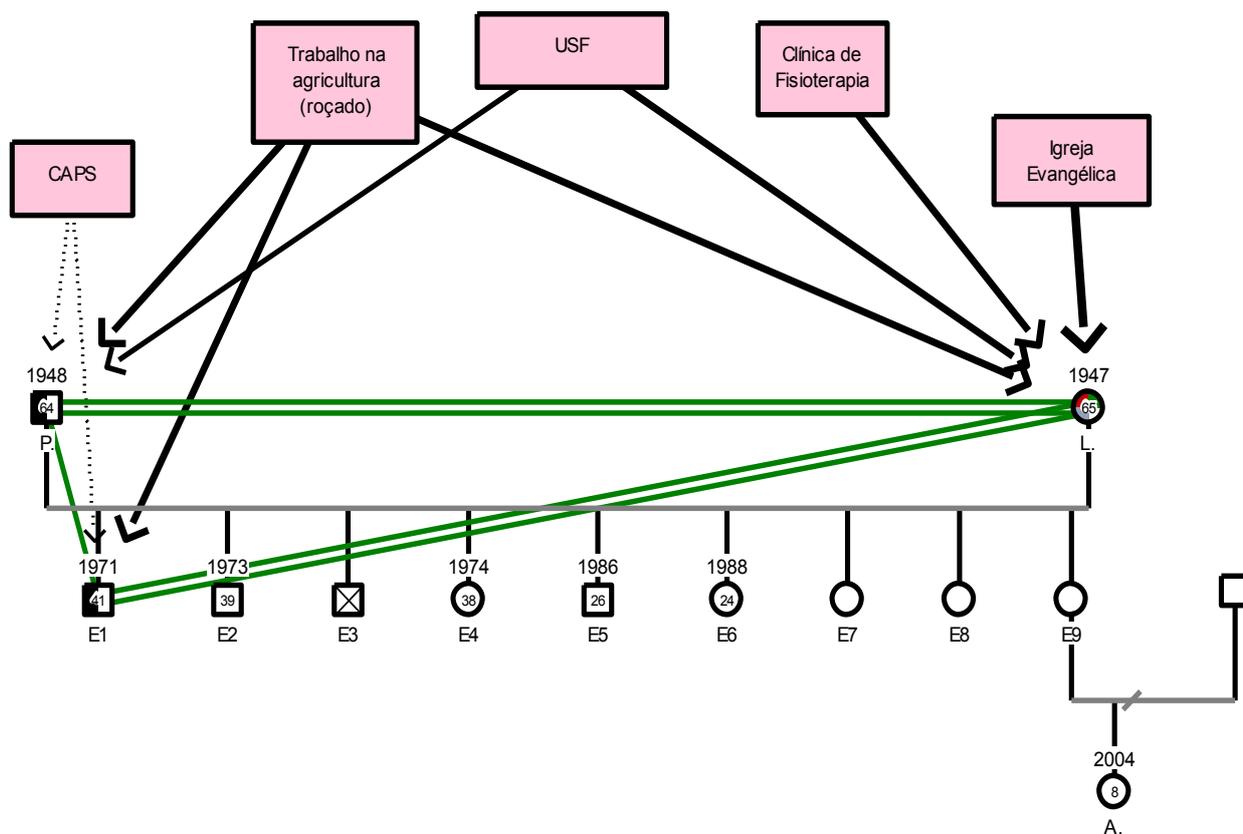
O genograma auxilia na expressão gráfica das relações intergeracionais dentro da família, permitindo combinar informações biomédicas e psicossociais, percebendo doenças que apresentam padrão transgeracionais (REBELO, 2007). No caso em questão, a construção do genograma explicita a presença de transtorno mental em duas gerações – pai e primogênito – e ainda traz ao conhecimento da equipe de saúde as relações de parentesco existentes no domicílio.

O ecomapa, por outro lado, identifica as relações da família com o meio que habita (AGOSTINHO, 2007), também traduzido em formato gráfico. A partir da construção do Ecomapa (figura 2) com ênfase em P., L. e E1, foi possível perceber quais suportes

sociais a família tem e como se dão as relações com diferentes dispositivos da rede de saúde e da comunidade. Percebeu-se que o trabalho na agricultura desempenha papel importante, tanto do ponto de vista financeiro quanto de realização. Então, o fato de L. procurar a unidade para renovar as receitas de P., com queixa de que o marido estava “preguiçoso” para ir à roça, possibilitou o vínculo que se alicerça na resolução desta situação, com base na redução de neurolépticos sedativos que ele fazia uso sem necessidade naquele momento.

Ainda com base no ecomapa, nota-se a frágil ligação com o serviço de saúde mental (CAPS), e o fortalecimento da relação com a USF, o que de certa forma compensa o distanciamento do serviço especializado. L. também, aos poucos, à medida que a melhora do quadro de E1 e P. possibilita, vai deixando cuidar mais de sua saúde, uma vez que frequenta a clínica de fisioterapia para cuidar de sua osteoartrose de joelhos. Ela ainda é bastante religiosa, pois encontra na Igreja evangélica grande conforto.

FIGURA 2 - Ecomapa da família.



A ferramenta de abordagem utilizada foi o P.R.A.C.T.I.C.E. (*Problem, Roles, Affect, Communication, Time, Illness, Copying, Ecology*), para a avaliação do funcionamento da família e entendimento de um problema, no caso em estudo, o acometimento de psicose de dois membros, propiciando a avaliação e construção de intervenção. A aplicação do instrumento resultou na seguinte análise:

Problema: O principal problema da família, que motiva os contatos com a unidade de saúde, é o transtorno mental do filho mais velho e do esposo. São problemas crônicos, que motivaram diversas internações psiquiátricas de ambos. O transtorno mental de P. se caracteriza por quadro psicótico com a presença predominante de delírios de ciúme após o uso crônico de álcool. Já E1 apresenta um quadro psicótico com alucinações, delírios de referência e perda do juízo de realidade. O comprometimento causado pela psicose dificulta o trabalho dos dois, o que, por consequência, causa prejuízo financeiro para a família. A crença de ambos nos delírios também gera dificuldades de relacionamento dentro da família.

Papeis: A mãe assume o papel de cuidadora. P. e o filho mais velho E1 tem um papel passivo, de pouca autonomia, ficando à mercê de L. para o seu cuidado. Fica evidente que a mãe desempenha um papel central na casa, inclusive como provedora, já que a maior parte do sustento da família vem de sua aposentadoria.

Afeto: A questão da afetividade se mistura com o cuidado à saúde dos membros. Notamos que L. se engaja muito nos problemas de saúde do filho mais velho e esposo. E1, com a melhora do quadro psicótico, tem conseguido demonstrar mais afeto, como, por exemplo, ao acompanhar a mãe nas consultas dela.

Comunicação: L. é a pessoa mais comunicativa, chegando a ser a intermediadora do discurso da família, quando, por exemplo, algum dos membros tem que procurar a unidade de saúde.

Tempo no ciclo de vida: A família vive um momento em que os pais estão ficando mais velhos e com comprometimentos devido à idade. Seria um período de menos preocupação para os pais, mas a doença do filho mais velho, que requer muitos cuidados por parte da mãe, principalmente, determina a sua sobrecarga.

Doenças na família: P. teve história de consumo de álcool por muitos anos, fato que antecedeu o seu quadro de psicose.

Lidando com o estresse: Os diferentes membros da família têm diversas formas de lidar com o estresse. L., por vezes, medicaliza seus problemas quando toma os remédios do filho ou do marido para dormir. Já outras vezes consegue apoio na religiosidade. P.

tem o roçado e o trabalho como apoio, onde consegue sentir-se útil e ajudar a família. E1 já tem uma postura de se isolar em seu quarto, sem interagir com os demais.

Ecologia: L. possui mais relações na comunidade, frequenta a igreja evangélica do bairro e busca reiteradamente a unidade de saúde para o cuidado do filho e do esposo. E1 só sai de casa para trabalhar na roça. P., além de trabalhar na roça, faz pequenos trabalhos remunerados.

4 CONCLUSÃO

Com a redução e adequação das medicações utilizadas pelos usuários e a consequente diminuição de efeitos colaterais e do potencial iatrogênico das mesmas, o evidente aumento da autonomia dos usuários, no cuidado com a própria saúde, permitiu que a mãe pudesse cuidar de sua própria saúde e que os mesmos retomassem o trabalho.

Com essa reorganização na vida dos sujeitos, o que permitiu a recomposição de seus projetos de vida, restou evidenciado que a atenção primária pode ser um espaço privilegiado de cuidado em saúde mental, considerando as suas características de primeiro contato, de integralidade, de coordenação do cuidado e de longitudinalidade, mesmo em se tratando de alguns transtornos mais graves. A Estratégia de Saúde da Família deve fazer parte de uma rede de cuidados multicêntrica onde o apoio matricial pode representar importante papel no cuidado a casos complexos. Além disso, mesmo que apenas em nível local, a incorporação do horizonte da clínica ampliada, orientado pela integralidade, potencializa o cuidado em saúde mental mesmo de casos mais complexos como estes, em que o transtorno psicótico gera intenso sofrimento aos usuários e seus familiares.

Este relato não teve o objetivo de direcionar a forma mais adequada de convivência do portador de transtorno mental com os demais membros de sua família, e de ambos com o serviço de saúde, mas sim, de possibilitar uma reflexão sobre as práticas de saúde realizadas pelos profissionais, familiares e sujeitos, e assim avançar na construção de novos olhares, saberes e práticas neste tema. Ao relatar também a utilização de algumas ferramentas de abordagem familiar, espera-se contribuir para a instrumentalização dos profissionais de saúde à abordagem de problemas complexos, especialmente na área de saúde mental.

REFERÊNCIAS

AGOSTINHO, Manuela. *Ecomapa*. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 2007.

BRASIL. Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996. *Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos*. Brasília, DF; Conselho Nacional de Saúde, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. *Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Nº 01, 2003. 7p. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/>

_____. 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: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2003-2006. *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 78p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à demanda espontânea*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *Saúde Paidéia*. Editora Hucitec, 2007.

CAMPOS, Rosana Onoccko. *Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental*. Saúde em debate, v.25. maio/ago 2001.

CHAPADEIRO, Cibele Alves et al. *A família como foco da atenção primária à saúde*. Nescon/UFMG. Belo Horizonte, 2011.

COELHO, José Ramos. *A tragicomédia da medicalização- a psiquiatria e a morte do sujeito*. Ed. Sapiens. Natal, 2012.

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa *et al*; CAMPOS, Rosana Onocko. *Saúde mental e atenção básica à saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica*. Saúde em debate. v.32. jan/dez 2008.

GALERA, S. A. F. *et al*. Pesquisas com famílias de portadores de transtorno mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília. v. 4, n. 64, p. 774-778, jul-ago. 2011.

REBELO, Luís. *Genograma familiar: o bisturi do médico de família*. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 2007.

ROMAGNOLI, R. C. Famílias na rede de saúde mental: um breve estudo esquizoanalítico. *Psicologia em estudo*. Maringá, v. 11, n. 2, p.305-314, mai./ago.2006.

ROTELLI, Franco; DE LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana. *Desinstitucionalização*. 2ª ed. São Paulo: EDITORA HUCITEC, 2001.112 p. (SAÚDELOUCURA 1).