

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO



Revista de Pesquisa:
CUIDADO É FUNDAMENTAL Online
 ISSN 2175-5361



Ministério da Educação

SAÚDE, ENVELHECIMENTO E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

PSYCHOSOCIAL CARE CENTER IN VIEW OF FAMILY CAREGIVER

O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO OLHAR DO FAMILIAR CUIDADOR

EL CENTRO DE ATENCIÓN PSICOSSOCIAL EN LA MIRADA DEL CUIDADOR FAMILIAR

Israel Coutinho Sampaio Lima¹, Liana Dantas da Costa e Silva², Maria Eliete Batista Moura³,
 José Nazareno Pearce de Oliveira Brito⁴, Gerardo Vasconcelos Mesquita⁵, Fabricio Ibiapina Tapety⁶

ABSTRACT

Objective: To analyze the experience of family caregivers of people with schizophrenia, compared to the psychiatric reform. **Methods:** An exploratory descriptive study with qualitative approach, held at the Center for Psychosocial II of Teresina-PI, with nine family caregivers of people with this disease and who agreed to participate. **Results:** The data embodying the vision of the family caregiver front of the deinstitutionalization of mental illness. It was found that this center has been changing the design of the family and society on a patient's confinement metal, the improvements achieved through drug therapy and psychotherapy, since there was an improvement in quality of life of both parties. **Conclusions:** Psychosocial Care Center is an effective and efficient alternative to the asylum on the experience of caregivers. **Descriptors:** Schizophrenia, Psychiatry, Family relations, Family - professional relationship, Nursing.

RESUMO

Objetivo: Analisar a vivência do familiar cuidador da pessoa com esquizofrenia, frente à reforma psiquiátrica. **Métodos:** Estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa, realizado no Centro de Atenção Psicossocial II de Teresina-PI, com nove familiares cuidadores de pessoas com tal doença e que aceitaram participar do estudo. **Resultados:** Os dados abordam a visão do familiar cuidador frente à desinstitucionalização da doença mental. Constatou-se que este centro vem modificando a concepção da família e da sociedade sobre a reclusão do doente metal, pelas melhoras alcançadas através das terapias medicamentosas e psicoterápicas, uma vez que, houve a melhora da qualidade de vida de ambas as partes. **Conclusões:** O Centro de Atenção Psicossocial é uma alternativa efetiva e eficaz ao modelo manicomial diante da vivência dos cuidadores. **Descritores:** Esquizofrenia, Psiquiatria, Relações familiares, Relação profissional-família, Enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la experiencia de los cuidadores familiares de personas con esquizofrenia, en comparación con la reforma psiquiátrica. **Método:** Un estudio descriptivo, exploratorio utilizo un enfoque cualitativo, que se celebrou en el Centro de Atención Psicossocial II de Teresina-PI, con nueve cuidadores familiares de personas con esta enfermedad y que aceptaron participar. **Resultados:** Los datos se ocupan de la visión de los cuidadores familiares frente a la desinstitucionalización de las enfermedades mentales. Se encontró que este centro ha ido cambiando el diseño de la familia y la sociedad en el metal de confinamiento de un paciente, las mejoras conseguidas a través de la farmacoterapia y la psicoterapia, ya que hubo una mejora en la calidad de vida de ambas partes. **Conclusão:** El Centro de atención Psicossocial es una alternativa eficaz y eficiente a los cuidadores. **Descritores:** Esquizofrenia, Psiquiatria, Las relaciones familiares, Relación entre familiares y professionals, Enfermería.

¹ Enfermeiro egresso do Curso Bacharelado em Enfermagem da Faculdade Santo Agostinho (FSA), Teresina-PI-Brasil. E-mail: is-coutinho@live.com. ² Psicóloga. Professora Especialista e orientadora da pesquisa da Faculdade Santo Agostinho (FSA). E-mail: dantasliana@bol.com.br. ³ Pós-Doutora pela Universidade Aberta de Lisboa - Portugal. Doutora em Enfermagem/UFRJ. Professora da Graduação e do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Faculdade NOVAFAPI. Professora da Graduação e do Programa de Mestrado em Enfermagem da UFPI. E-mail: mestradosaudedafamilia@novafapi.com.br. ⁴ Doutor em Ciências Médicas. Professor da Graduação e do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Faculdade NOVAFAPI. E-mail: nazapearce@novafapi.com.br. ⁵ Doutor em Cirurgia Traumatológica-Ortopédica. Professor da Graduação e do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Faculdade NOVAFAPI. E-mail: gmesquita@novafapi.com.br. ⁶ - Doutor em Reabilitação Oral (Niigata University/Japan). Pós-doutor em Implantodontia (Johannes Gutenberg University em Mainz/Alemanha). Professor da Graduação e do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Faculdade NOVAFAPI. E-mail: ftapety@novafapi.com.br.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a temática sobre a psiquiatria como forma de tratamento ou asilo surge com a criação do primeiro Hospital Psiquiátrico em 1852, na capital do Império, o Hospício de Pedro II (HPII), o qual visava à guarda e tratamento dos doentes mentais, sendo o primeiro hospital psiquiátrico da América Latina. Até a criação do HPII, embora ocorresse a internação de doentes mentais considerados agressivos e perigosos no Hospital Geral da Santa Casa de Misericórdia, esses doentes não recebiam assistência médica nem de enfermagem, tendo a internação apenas o papel de exclusão e isolamento social¹.

Voltando os olhares para o Piauí, a história da exclusão dos ditos insociáveis não poderia ser diferente dos demais estados brasileiros. Uma vez que o primeiro serviço de atenção psiquiátrico criado no Piauí se deu na comarca de Teresina em 1907 o qual se chamava de Asilo de Alienados de Teresina, sendo fundado pelo vice-governador do Estado, Areolino de Abreu, o qual era médico, sua administração se configurou a princípio pela Santa Casa de Misericórdia e posteriormente passa a ser mantida pelo Estado. Dando um salto no tempo, em 1954, foi inaugurado o Sanatório Meduna, considerado referência em todo o Nordeste, pela sua arquitetura e paisagismo, o qual remontava a reforma psiquiátrica promovida por Piniel na Europa².

A inovação da Reforma Psiquiátrica no Brasil se deu a partir dos anos 70 e 80 do século XX com o movimento sanitário, em favor da mudança e reorganização dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado. Houve a união dos trabalhadores de saúde mental juntamente com os usuários dos serviços de saúde e seus familiares, culminando na R. pesq.: cuid. fundam. online 2011. dez. (Ed.Supl.):45-51

Luta Antimanicomial, que se caracterizou como um poder hegemônico³.

Tais propostas e reivindicações foram expostas nas conferências de saúde mental em nível nacional, estadual, municipal e distrital, tendo como objetivos a inserção da saúde mental nas ações gerais de saúde, priorizando os direitos humanos, civis, políticos e cidadania⁴.

Em 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. É o início das lutas do movimento da reforma psiquiátrica nos campos legislativo e normativo. Porém ela só foi promulgada em abril de 2001, transcorrendo um longo período no congresso nacional de doze anos⁵.

O II Congresso Nacional realizado em 1987 em Bauru-SP levantou uma questão importante com o tema “Por uma sociedade sem manicômios”, no ano anterior surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de São Paulo, segue aí um longo período de intervenção com repercussão nacional, que demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico⁶.

É perante este modelo assistencial de saúde mental no país, a exemplo os CAPS, que irá dar concretude à Reforma Psiquiátrica, evidenciado pelo exercício da ética, solidariedade, compreensão, acolhimento e de convivência com as diferenças existentes⁷.

Frente a tais mudanças a esquizofrenia hoje se faz como a doença mental mais incapacitante, sendo considerada uma doença crônica a qual provoca a desorganização dos pensamentos. Psicopatologia de causa iatrogênica, uma vez que, os pesquisadores não têm uma explicação exata para a causa que desencadeia a

doença, sendo considerado independente do tipo de raça, nível social, econômico ou cultural, acometendo 1% da população geral⁸.

Diante dessa problemática o estudo tem como objetivo analisar a vivência do familiar cuidador da pessoa com esquizofrenia, frente à reforma psiquiátrica. Nesse sentido, este estudo se propõe a demonstrar a visão do cuidador de pessoas com esquizofrenia frente à desinstitucionalização manicomial. Pela demonstração da realidade vivenciada, tanto no âmbito hospitalar como no Centro de Atenção Psicossocial pelo cuidador.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa, realizado no Centro de Atenção Psicossocial II de Teresina-PI, com nove familiares cuidadores de pessoas com esquizofrenia atendidas no Centro de Atenção Psicossocial II e que aceitaram participar do estudo. Os dados foram produzidos por meio de entrevista semi-estruturada, após a aprovação da Fundação Municipal de Saúde de Teresina e do Comitê de Ética em pesquisa da Faculdade NOVAFAPI sob o número do protocolo CAAE: 0489.0.043.000-10. Os dados foram coletados no mês de abril de 2011 e analisadas conforme a Análise de Conteúdo de Minayo⁹.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Os resultados do estudo indicaram que a faixa etária dos sujeitos predominante foi entre 42 a 69 anos. No tocante a escolaridade, a maioria possuía ensino fundamental incompleto, todas as entrevistadas são do sexo feminino, predominando as mães casadas. A maioria referiu que a renda familiar girava entorno de 1 a 2 salários mínimo. Todos os cuidadores referiram dedicar tempo integral a seus familiares.

As mudanças no cenário da saúde mental no século XXI, pela demonstração da aceitação do CAPS como sendo alternativa ao modelo hospitalocentrico. Mesmo com tamanha mudança na essência do cuidar psiquiátrico, percebeu-se que o usuário do CAPS ainda tem receio de frequentar e aderir a essa nova forma de cuidar, por imaginar que o CAPS é igual ou parecido com o hospital psiquiátrico. Observou-se ainda a falta de conhecimento da doença por parte dos familiares.

No início surgem dúvidas sobre a dinâmica do CAPS, as terapias a serem desenvolvidas e sua efetividade, sendo correlacionado de maneira errônea como uma alternativa igual ao modelo hospitalocentrico, devido à falta de informação e divulgação desta nova opção de assistência voltada às pessoas com transtornos mentais.

Porém observou-se que com a assistência prestada no CAPS os sintomas mais severos tendem a regredir, com o passar do tempo. Com isso, as pessoas com esquizofrenia conseguem controlar seus impulsos. Outro fator importante é a redução e adequação no uso da medicação, o tratamento medicamentoso junto com as terapias de grupo e individual fazem com que esses tratamentos sejam efetivos. No decorrer das ações desenvolvidas no CAPS o sujeito com esquizofrenia, passa a aceitar e a compreender a necessidade do seu tratamento. O cuidador vê as melhoras alcançadas com o declínio das incidências de crise e a estabilização do equilíbrio mental da pessoa com esquizofrenia.

Diminuindo assim a sobrecarga e o estresse vivenciado pelo cuidador. As relações familiares tendem a se harmonizar, a família passa a compreender a problemática vivenciada.

Logo no inicio eu levei ele na colônia passaram uns remédios que parece que deixaram ele impregnado, não gostei de lá, ele nunca foi internado. Hoje trago ele para o CAPS mais ele não quer vir, ele fala: - Mãe lá é lugar de doido. Eu digo a ele: - Meu filho nada disso. Lá tem vários profissionais. (E1)

Ai trouxe ele para o CAPS, ele não queria vir. Vinha à força. Os medicamentos daqui deram certo. No início ele não queria vir ao CAPS. Ele pensava que o CAPS era para morar. O CAPS não é para morar é para vim assistir as reuniões e ir para casa. Agora ele vem assiste as reuniões e vai à cantina só. (E2)

O tratamento dos hospitais só melhorava por um tempo curto, não gostava. O CAPS está melhor. Eu sempre costumo dizer que o CAPS caiu do céu. As crises demoram a ocorrer. Antes do CAPS, os irmãos tinham constantes brigas com ele porque ele era assim [...] porque ele queria e terminava em discussão. Quando ele passou pelo hospital ninguém respeitava ele e nem ele respeitava as pessoas. Hoje ele respeita as pessoas, ele gosta de vim para cá. (E3)

Ele não da trabalho para vir para cá. Antes do CAPS era correndo para o neuro aplicar injeção para acalmar. Depois do CAPS pronto, melhorou. Hoje é só aqui mesmo. (E4)

Antes ela tinha resistência, hoje não, antes ela vinha à força, eu queria saber quem foi que fundou o CAPS, porque aquele Areolino é ruim, as enfermeiras aqui são maravilhosas. (E5)

A reforma psiquiátrica surgiu no final dos anos 70, sendo um processo político e social abrangente, composto por instituições e forças de diferentes lugares nas esferas governamentais federal, estadual e municipal, nas universidades, nos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, sendo formada pela opinião pública⁵.

Essa reforma reafirmou a urgência na mudança voltada à saúde psíquica da população, pondo em vista a superação do paradigma manicomial hegemônico e iatrogênico, além de propor alternativas reais de atenção à saúde, incluindo os doentes mentais em projetos sociais juntos aos seus familiares. Tamanca reforma política veio tomar maior visibilidade com a aprovação da Lei n.º10.216/01⁷.

A urgência na modificação da atenção à saúde mental fez com que surgissem os Centros de Atenção Psicossocial que têm como objetivo

ofertar atendimento à população adscrita, priorizando a reabilitação e a reintegração psicossocial do indivíduo adoecido psicicamente, possibilitando acesso ao trabalho, lazer, cultura, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários, promovendo a autonomia do doente mental¹⁰.

A partir de então a reforma psiquiátrica provocou algumas mudanças, tais como, a diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos, a estimulação da criação de serviços que substituam os manicômios como os Centros de Atenção Psicossocial. Contudo muitos familiares e usuários ainda encontram resistência em aderir a esse novo sistema¹¹.

Percebeu-se que uma das causas mais evidentes na dificuldade da adesão ao CAPS é a falta de conhecimento, a correlação que é feita entre o CAPS e o hospital psiquiátrico, dificultando na aceitação dos tratamentos despendidos.

A não adesão ou dificuldade de aderir ao tratamento medicamentoso ou terapêutico está relacionada a uma variabilidade de fatores como a falta de conhecimento, estrutura familiar inadequada e a aceitação do novo estilo de vida da pessoa com esquizofrenia. A enfermagem como sendo a profissão que se relaciona mais vividamente com o cuidador e a pessoa com esquizofrenia, tem a possibilidade de criar laços que tragam aqueles a adequação do tratamento terapêutico por dar suporte no esclarecimento das dúvidas e situações adversas¹².

Podemos observar que os usuários, a partir do momento que passaram a realizar o tratamento no CAPS, os sintomas mais severos tenderam a diminuir ao longo do tempo. Tal fato favorece a fortificação e aceitação do novo modelo de atenção à saúde mental. A relação formada com os profissionais faz com que estes tenham a possibilidade de intervir rapidamente nos sinais

de piora, evitando o agravamento desses sinais¹⁰.

Os familiares se configuram como um importante aliado na sustentação do novo modelo, pois estes percebem as melhoras alcançadas com tratamento. A necessidade da melhora na infraestrutura, ampliação e interligação com as redes sociais e comunitárias e a extensão das políticas públicas necessitam ser vencidas, para que ocorra a efetivação do novo modelo de atenção a saúde mental¹⁰.

Observou-se que o conhecimento dos cuidadores sobre a esquizofrenia é deficitário, pois muitos desconhecem esta psicopatologia ou têm conhecimento superficial sobre a mesma.

Este fato pode ser agravado pela ineficiência da comunicação entre os profissionais de saúde mental a esses familiares que em muitos casos, só é informado o diagnóstico da doença e a prescrição médica a ser seguida. A família fica sem informações as quais deveriam ser repassadas por estes profissionais no momento da consulta ocasionando incertezas sobre o prognóstico da mesma.

No começo nem o nome da doença eu sabia falar [...] não sei se é da cabeça, se é problema mental, só sei porque o Dr. disse que meu filho é esquizofrênico [...] sei que não é coisa muito boa [...] sei que temos que tratar muito bem uma pessoa esquizofrênica. (E3)

Eu não entendo o que é a doença [...] o médico deu o laudo e nele tinha esquizofrenia, mas ninguém conversou sobre isso. (E4)

Eu compreendo mais ou menos a doença. A palavra já está dizendo, faz coisas que a gente não consegue entender, como pegar faca [...] faz parte da esquizofrenia, ouvir vozes, falar sozinha. (E6)

Porém observamos em outro depoimento que o sujeito consegue identificar e correlacionar alguns sintomas manifestados pela pessoa que vive com esquizofrenia, quando há explicação da patologia.

Eu tenho entendimento depois que cheguei ao CAPS. Um dia teve uma enfermeira que deu uma palestra [...] quando cheguei em

casa eu fui pensar [...] eu fui ver que minha filha era calada, também suicida. Eu comecei a juntar as coisas que ela fazia e comparar com a palestra. (E7)

O cuidador que tem um membro da família com esquizofrenia tende a experimentar uma sensação de alienação em um universo desconhecido, reagindo muitas vezes de maneira distinta na presença da doença no núcleo familiar. Muitas vezes não procuram saber sobre a doença, ou demoram a compreender a presença dela, como uma maneira de defesa¹³.

O cuidador tem necessidade de conhecer a doença, sua sintomatologia e a forma de lidar em situações de crise, passando a enfrentá-la com mais segurança e compreensão. A família passa a ser vista como aliada da equipe de saúde, atuando com recurso para o paciente investir na sua recuperação¹⁴.

O comportamento bizarro, delirante e as alucinações, no decorrer do início da crise, causam grande impacto sobre o familiar cuidador. No entanto, este não procura assistência de saúde, para se certificar da causa de tais comportamentos atípicos, o que sinaliza resistência ou desconhecimento do cuidador familiar sobre esta patologia e a assistência que ele necessita¹⁵.

Dessa forma, é plausível que a família deva ser incluída no acompanhamento e esclarecimento do tratamento da pessoa com transtorno mental. O cuidador que tem um membro da família com esquizofrenia tende a experimentar uma sensação de alienação em um universo desconhecido. Reagindo muitas vezes de maneiras distintas na presença da doença no núcleo familiar. Muitas vezes não procuram saber sobre a doença, ou demoram a compreender a presença dela, como uma maneira de defesa¹³.

CONCLUSÃO

Pode-se inferir que o CAPS é uma alternativa efetiva na ressocialização do doente, contrapondo-se ao modelo manicomial, o qual exclui da sociedade e da família o seu familiar adoecido.

Pode-se observar que durante o tratamento despendido neste centro, as relações familiares tendem a se harmonizar, a pessoa com esquizofrenia consegue interagir melhor com o meio, a diminuição de reincidências de novas crises, ocorrendo à efetivação e redução dos medicamentos e os envolvidos nesta relação tendem a compreender a psicopatologia como sendo a causadora da desorganização mental.

Tais melhoras corroboram para que a pessoa com esquizofrenia consiga interagir melhor com o meio, ocorrendo à diminuição de reincidências de novas crises, havendo assim o declínio da sobrecarga de trabalho sobre o cuidador, o que leva a melhora da qualidade de vida de ambos.

Portanto, espera-se que o estudo venha a contribuir para nortear os profissionais de saúde e melhorar a qualidade da atenção a saúde a estes sujeitos, efetivando este centro como meio de substituição ao modelo manicomial, onde a enfermagem possa cada vez mais desenvolver estratégia terapêutica juntos aos familiares, usuários e comunidade, orientando os envolvidos a lidar com as dificuldades que irão vivenciar sobre esta psicopatologia e tratamentos possíveis.

REFERÊNCIAS

1. Peres MA, Barreira IA. Desenvolvimento da assistência médica e de enfermagem aos doentes mentais no Brasil: os discursos fundadores do hospício. Texto contexto - enferm. [periódico on line]. 2009 [citado em: 06 ago 2010]; 18(4): 635-642. Disponível em: R. pesq.: cuid. fundam. online 2011. dez. (Ed.Supl.):45-51
2. Rosa LC. Transtorno Mental e o Cuidado na Família. São Paulo: Cortez; 2003.
3. Reinaldo AM, Pillon SC. História da enfermagem psiquiátrica e a dependência química no Brasil: atravessando a história para reflexão. Esc. Anna Nery [periódico on line]. 2007 [citado em: 14 set 2010]; 11(4): 688-693. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000400004&lng=en.
4. Terra MG, Ribas DL, Sarturi F, Erdmann AL. Saúde mental: do velho ao novo paradigma - uma reflexão. Esc. Anna Nery [periódico on line]. 2006 [citado em: 10 ago 2010]; 10(4): 711-717. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000400021&lng=en.
5. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. P. 6-46.
6. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: Os centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.11-50.
7. Fernandes JD, Sadigursky D, Silva RM, Amorim AB, Teixeira GA, Araújo MC. Ensino da enfermagem psiquiátrica/saúde mental: sua interface com a Reforma Psiquiátrica e diretrizes curriculares nacionais. Rev. esc. enferm. USP [periódico on line]. 2009 [citado em: 20 out 2010]; 43(4): 962-968. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000400031&lng=en.
8. Teixeira MB, Qualidade de vida de familiares cuidadores do doente esquizofrênico. Rev. bras. enferm. [periódico online]. 2005 [citado em: 11 ago 2010]; 58(2): 171-175. Disponível em:

- http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000200008&lng=en&nrm=iso >.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11^a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
 10. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silva RA, Gonçalves H, *et al.* Efetividade dos centros de atenção psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada. *Cad. Saúde Pública* [periódico on line]. 2010 [citado em: 25 nov 2010]; 26(4): 807-815. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000400022&lng=en.
 11. Silva VA, Lippi PC, Pinto CJ. Doença mental: dificuldades enfrentadas pela família e o familiar cuidador. *INTELLECTUS - Revista Acadêmica Digital do Grupo POLIS Educacional* [periódico on line]. 2008 [citado em: 4 nov 2010]; 4(05): 1-11. Disponível em: http://www.seufuturonapratica.com.br/intellectus/PDF/02_ART_Enfermagem.pdf.
 12. Cardoso L, Galera SA. Doentes mentais e seu perfil de adesão ao tratamento psicofarmacológico. *Rev. esc. enferm. USP* [periódico on line]. 2009 [citado em: 4 de nov 2010]; 43(1): 161-167. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100021&lng=en.
 13. Molle MF, Saeki T. A vida social de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, usuárias de um centro de atenção psicossocial. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [periódico on line]. 2009 [citado em: 10 ago 2010]; 17(6): 995-1000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000600011&lng=en.
 14. Navarini V, Hirdes A. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. *Texto contexto - enferm.* [periódico on line]. 2008 [citado em: 2 fev 2011]; 17(4): 680-688. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400008&lng=en.
 15. Carvalho, NR, Costa II. Primeiras crises psicóticas: identificação de pródromos por pacientes e familiares. *Psicol. clin.* [periódico on line] 2008 [citado em: 4 mar 2011]; 20(1): 153-164. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652008000100010&lng=en&nrm=iso.

Recebido em: 01/10/2011

Aprovado em: 20/11/2011