

Dulcian Medeiros de Azevedo¹
Andréza Maria de Oliveira¹
Camylla Cavalcante Soares de Freitas²
Rhayssa de Oliveira e Araújo²
Gabriela de Sousa Martins Melo²
Gilson de Vasconcelos Torres²

**Family- perceived
quality of care in a
Brazilian Psychosocial
Care Center**

Qualidade da assistência no Centro de Atenção Psicossocial: perspectiva de familiares

ABSTRACT | Introduction: *The evaluation of mental health services and the search for indicators of quality of assistance may help develop effective strategies for adopting and strengthening mental health reform. Traditional assessment methods of mental health services and the services themselves have been lately called into question. Objective:* *To evaluate the family-perceived mental health service provided by a Psychosocial Care Center in the city of Caicó/RN. Methods:* *This descriptive assessment study, undertaken between December 2011 and March 2012, adopted a quantitative approach and involved 23 relatives of service users, using a structured interview protocol. Results:* *Care (74, 0%), treatment (69,6%) and facilities (69,6%) were all predominantly rated as 'good' by the families. A high level of satisfaction was also reported for the carers' understanding of mental disorders, crisis management and control (74,0%), social reintegration (56,5%) and patient autonomy (52,2%). 91,3% found the center to be adequately staffed both in number and professional expertise (82,6%). Conclusion:* *Despite the limitations of surveys as an instrument to evaluate the broad "health assistance" phenomenon, our findings may offer a contribution to the service researched, and to the agents of change involved –city administrators health authorities, health workers, patients and families.*

Keywords | *Health services evaluation; Mental health services; Family; Health Mental.*

RESUMO | Introdução: A avaliação dos serviços de saúde mental e a busca por bons indicadores de qualidade na assistência podem auxiliar na elaboração de estratégias efetivas de desenvolvimento e fortalecimento da Reforma Psiquiátrica. A preocupação com a prática avaliativa da qualidade de programas ou serviços de saúde tem crescido nos últimos anos. **Objetivo:** Avaliar a assistência em saúde mental prestada pelo Centro de Atenção Psicossocial III do município de Caicó -RN a partir de relatos de familiares. **Métodos:** Estudo avaliativo e descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido com 23 familiares de usuários do serviço, entre dezembro de 2011 e março de 2012, por meio de entrevista estruturada. **Resultados:** A maioria dos familiares avaliou como bons a assistência (74,0%), o tratamento ofertado (69,6%) e a estrutura física (69,6%). Houve avaliação positiva também em relação à assistência para compreensão do transtorno mental e diminuição das crises (74,0%), reinserção social (56,5%) e autonomia dos usuários (52,2%). A maioria considerou suficientes a quantidade de profissionais técnicos (91,3%) e a qualificação destes para o trabalho desempenhado (82,6%). **Conclusão:** Apesar das limitações do instrumento de pesquisa para avaliar o fenômeno "assistência em saúde", defende-se que os achados trazem à tona importantes considerações sobre a oferta e a qualidade do tratamento prestado. Esta pesquisa serve, portanto, para promover reflexão a respeito da gestão municipal, dos profissionais, dos usuários e dos familiares destes.

Palavras-chave | Avaliação de serviços de saúde; Serviços de saúde mental; Família; Saúde Mental.

¹Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Caicó/RN, Brasil.

²Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal/RN, Brasil.

INTRODUÇÃO |

No contexto da Reforma Psiquiátrica (RP) em curso, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) representa a regulação sobre saúde mental no Brasil, é porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS) e foi criado para substituir as internações nos manicômios pelo atendimento aberto na comunidade. Sua finalidade é fornecer atendimento à população em área adstrita, com acompanhamento clínico e reinserção social dos usuários por meio de acesso ao trabalho, ao lazer, ao exercício dos direitos civis, ao fortalecimento dos laços familiares e comunitários^{1,2}.

A partir da RP, o serviço de saúde mental e o profissional de saúde desenvolvem ações não somente individuais, mas devem ampliar as possibilidades de intervenção na coletividade, levando em consideração os relacionamentos afetivos, sociais, e, em especial, familiares da pessoa com transtorno mental. Além disso, reconhecer e valorizar a família como uma unidade digna de cuidados, inserindo-a na agenda terapêutica dos serviços de saúde mental, representa um desafio adicional aos serviços e aos profissionais de saúde³.

Isso exige uma mudança imprescindível nas práticas terapêuticas, pois se trata de um processo transicional da tradição da cultura manicomial para a nova propositura substitutiva/reformista⁴. Embora a inclusão familiar seja reconhecida positivamente – pela possibilidade de uma assistência em contextos menos danosos – foram e continuam sendo muitas as dificuldades advindas desse ‘novo fazer’ em saúde mental⁵.

Corroborando as mudanças necessárias à Política Nacional de Saúde Mental, o Ministério da Saúde, em dezembro de 2011, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas⁶.

A RAPS apresenta três objetivos gerais. O primeiro é expandir o acesso da população em geral aos serviços de atenção psicossocial. O segundo é promover o acesso de pessoas com sofrimentos ou transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias a esses serviços. O último é garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado mediante acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção às urgências⁶.

Nesse trabalho em rede, merece destaque a presença da família nos serviços. Familiares são personagens ativos no

processo de cuidado e essa atuação é defendida e perseguida pelo CAPS. Existem atividades importantes para a participação e inserção familiar nesses serviços. São elas: o atendimento individual; a orientação a grupo de familiares; a assembleia de técnicos, usuários e familiares; a visita domiciliar, e as oficinas terapêuticas^{4,5,7}.

Com a reversão do modelo assistencial em saúde mental, a avaliação dos serviços da área vem crescendo, configurando-se como uma necessidade nos últimos anos^{8,9}. O Ministério da Saúde tem investido na avaliação dos serviços e da assistência em saúde. Como exemplo tem-se a implantação do Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS. Tal programa considera a participação de gestores e profissionais de saúde, o usuário e a família, o acesso às ações e aos serviços em todos os níveis da atenção, com destaque para os serviços de atenção à saúde mental¹⁰.

O movimento pela prática avaliativa em saúde é fruto da oferta dos serviços, do aumento de custos e da incorporação crescente de tecnologia no tratamento de doenças. Ademais, é preciso responder a necessidades e problemas advindos de transições demográficas e epidemiológicas vivenciadas nos últimos anos¹¹.

A avaliação dos serviços de saúde mental e a busca por indicadores de qualidade da assistência podem auxiliar as estratégias efetivas de desenvolvimento e fortalecimento da RP. Essa avaliação emerge de maneira promissora e é imprescindível para o estímulo à produção científica da área, à discussão e ao enriquecimento do processo formativo em saúde para melhoria da assistência.

Partindo-se da realidade concreta de mudanças na prestação de assistência à saúde, surgiu a inquietação de investigar como vem ocorrendo o processo de RP a partir da avaliação dos serviços de saúde mental. Questiona-se: como os familiares de usuários do CAPS avaliam a assistência em saúde mental prestada? Assim, este estudo objetivou avaliar a assistência em saúde mental ofertada pelo CAPS III, no município de Caicó-RN.

MÉTODOS |

Estudo avaliativo e descritivo, com abordagem quantitativa-qualitativa, desenvolvido no CAPS III de Caicó-RN, considerando-se a avaliação normativa em saúde¹⁴. Esta avaliação

ampara-se em critérios e normas estabelecidas a partir de uma abordagem sistêmica (estrutura, processo e resultados). Constituiu-se, portanto, numa relação entre as normas e os critérios com os efeitos da intervenção em saúde¹⁵.

A modalidade de CAPS III representa um dispositivo com capacidade operacional para atender municípios com população acima de 200 mil habitantes. O serviço ambulatorial de atenção contínua (durante 24 horas) inclui feriados e finais de semana⁷. Apesar de não possuir 200 mil habitantes, o município de Caicó-RN pactua o atendimento com mais de 20 municípios circunvizinhos da Região do Seridó (4ª Região de Saúde do Estado). Nesse caso, a estimativa populacional da região passa a ser de 290 mil habitantes. Trata-se do único serviço CAPS de atendimento 24 horas no interior do estado do Rio Grande do Norte.

Tendo Caicó como município principal, essa região apresenta uma situação peculiar no processo de RP potiguar. Marcado por um passado recente de atrocidades, o único hospital psiquiátrico local sofreu, em novembro de 2005, intervenção da Secretaria Estadual de Saúde. Seus leitos foram reduzidos até o posterior descredenciamento e fechamento do manicômio, conforme avaliação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/Psiquiatria)¹². A partir de 2008, passaram a vigorar um Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e um CAPS III. Além disso, três CAPS em municípios circunvizinhos foram criados ou reestruturados¹³.

Os sujeitos do estudo foram os familiares dos usuários do serviço. Os critérios de inclusão considerados foram: ser familiar de usuário com pelo menos um internamento no antigo hospital psiquiátrico; ser responsável pelo usuário no CAPS; o usuário parente do sujeito da pesquisa deve estar em tratamento e participar das atividades do CAPS. Dessa forma, a amostra (não aleatória) por acessibilidade incluiu 23 familiares, na proporção de um familiar pesquisado por usuário.

Dezesseis familiares chamados para participar da pesquisa não preencheram o critério de internamento do usuário no antigo manicômio. Outros 15 familiares convidados recusaram-se a participar da pesquisa. Durante a coleta de dados, existiam 168 usuários cadastrados no serviço. Eles apresentavam níveis de comparecimento e participação distintos. Pouco mais da metade deles compareceram ao CAPS no período da coleta, porém alguns não possuíam familiares responsáveis ou conhecedores de sua doença.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (CEP-UERN / CAAE nº 0067.0.428.428-11), respeitando a normatização da Resolução 466/2012, a qual se refere a aspectos éticos de realização de pesquisa sobre seres humanos. Aos sujeitos foi solicitada a participação. Eles foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa anteriormente à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados ocorreu entre os meses de dezembro de 2011 e março de 2012 nas residências dos familiares, conforme escolha e disponibilidade dos mesmos. O instrumento de coleta foi uma entrevista estruturada para apurar a caracterização dos sujeitos (sexo, idade, grau de parentesco com o usuário do CAPS, tempo de acompanhamento da doença e moradia na mesma casa), nove questões objetivas de única escolha (sim ou não; excelente, boa, regular, péssima ou ruim) relacionadas à avaliação do serviço e uma questão aberta (Você gostaria de comentar alguma das perguntas/respostas anteriores?).

Nove familiares responderam ao questionamento aberto e algumas das falas foram apresentadas ao longo dos resultados. Com isso, não houve a pretensão de dar ao estudo um delineamento qualitativo, mas tão somente valorizar a fala dos sujeitos diante dos achados. Isso pode motivar novas pesquisas no cenário investigado.

As nove questões objetivas abrangeram: assistência geral em saúde do CAPS; satisfação no tratamento; adequação da área física do CAPS; diminuição de crises; autonomia geral do usuário (tomar medicamentos; sair sozinho; cuidar da aparência); reinserção social (visitar espaços da comunidade como escola, igreja, comércio); compreensão do transtorno mental; quantidade e qualidade da equipe técnica do CAPS.

Apesar de o instrumento não ter sido apreciado por juízes para atestar o conteúdo e a validade das assertivas, defende-se que essa limitação seja superada pelo primeiro contato avaliativo no cenário pesquisado. Pretende-se que essa aproximação forneça dados fundamentais na construção de um estudo mais abrangente, o qual envolva toda região de assistência à saúde, profissionais e usuários dos serviços.

Os dados foram organizados na planilha eletrônica *Microsoft Excel 2010* e analisados na perspectiva da estatística descritiva (percentual). Estão apresentados em tabela, gráficos e são mencionados ao longo do artigo juntamente com um referencial teórico pertinente.

RESULTADOS/DISCUSSÃO |

Dos 23 familiares entrevistados, a maioria era mulheres (91,3%). Irmãos representaram 43,5% e parentes com idade entre 60 e 69 anos foram 39,1% (Tabela 1). Dados encontrados na literatura atribuem especialmente à mãe ou à esposa o cuidado da pessoa com transtorno mental^{16,17}.

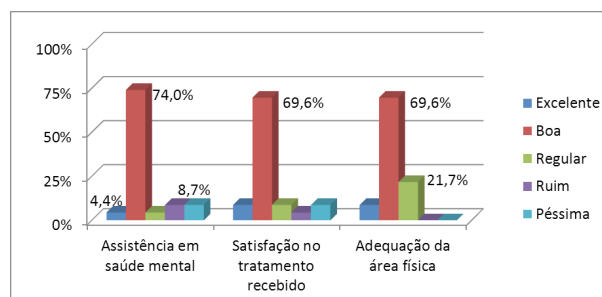
Tabela 1 - Caracterização dos familiares – sexo, grau de parentesco e faixa etária. Caicó/RN, 2012

Sexo	%	N
Feminino	91,3	21
Masculino	8,7	2
Grau de parentesco		
Irmão	43,5	10
Mãe	30,4	7
Filho	17,4	4
Cunhado	8,7	2
Faixa etária		
26 a 29 anos	4,4	1
30 a 39 anos	13,0	3
40 a 49 anos	21,7	6
50 a 59 anos	13,0	3
60 a 69 anos	39,2	8
70 a 82 anos	8,7	2

Também foi verificado se os familiares abordados residiam com os usuários e a duração do acompanhamento quando usuários estavam em tratamento de saúde. A maioria (69,6%) morava com os usuários (estes com idades entre 3 e 34 anos). A convivência na mesma casa durou de 20 a 29 anos (47,9%). Possivelmente, a convivência prolongada num mesmo lar é motivada pela responsabilidade dos familiares para com a pessoa vítima de transtorno mental¹⁸.

A Figura 1 apresenta os dados relacionados à assistência prestada aos usuários e à satisfação com o tratamento e com a adequação da estrutura física do CAPS III. A maioria dos familiares avaliou como boas a assistência (74,0%) e a satisfação com a oferta de tratamento (69,6%) e com a estrutura física (69,6%).

Figura 1 - Avaliação da assistência, satisfação com o tratamento e adequação da estrutura física do CAPS III. Caicó/RN, 2012



Esta pesquisa incluiu propositalmente sujeitos com experiência de internação no antigo manicômio a fim de comparar o passado marcado pela assistência exclusivamente manicomial e o presente com oferta exclusivamente substitutiva (CAPS). A intenção era mostrar que é melhor tratá-los livremente a encarcerá-los em solitárias ou espaços físicos do manicômio^{19,20}.

Familiares que consideraram ruim a qualidade do serviço assumiram preferir o antigo hospital psiquiátrico:

[...] *Eu achava melhor que o Hospital estivesse funcionando*
 [...] (Mãe).

[...] *Quando se trata de internamento é péssimo. Geralmente eles dão um sossega leão e no outro dia mandam pra casa*
 [...] (Irmã).

[...] *O internamento ficou um fuz de conta, porque ele só toma o medicamento quando está lá (no CAPS). Eu gostava mais quando era antigamente, que internava* [...] (Irmão).

Acredita-se que essas falas – que não são o objeto central da pesquisa – tenham relação direta com o ônus e a sobrecarga de cuidar de um familiar portador de transtorno mental²¹. Muitas vezes, a família sente-se “aprimorada” a esse cuidado e impossibilitada de ter um emprego ou de fazer atividades externas ao domicílio.

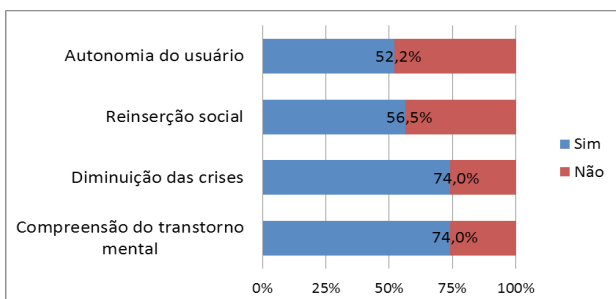
A internação hospitalar muitas vezes é vista como “cômoda” pelos familiares, especialmente quando estes necessitam viajar ou passar dias fora de casa. É importante desmistificar essa ideia, não só na família, mas em toda a sociedade, tarefa que não é fácil, mas que se torna essencial para diminuir os estigmas criados historicamente acerca da pessoa com transtorno mental^{22,23}.

Quanto à avaliação da área física, tais resultados por parte dos familiares eram esperados, levando-se em conta as dimensões e os espaços do CAPS. A estrutura do antigo manicômio foi readaptada para o funcionamento do CAPS pesquisado: as grades das enfermarias foram retiradas; o posto de enfermagem e as selas fortes foram extintos; passou a haver maior trânsito livre de usuários, de estudantes universitários e da comunidade no serviço.

Algo que poderia limitar a adequação do novo ambiente reside no fato de ser o mesmo espaço do antigo hospital, o que pode trazer à tona lembranças de maus tratos e “desassistências” sofridos outrora. A pesquisa apontou que familiares de usuários do CAPS perceberam melhorias significativas no serviço em relação à ambiência. Um espaço em que se leve em conta a ambiência torna-se mais acolhedor, reconstrói e refaz a relação do usuário com o serviço e deixa de ser um espaço controlador e limitante para tornar-se lugar de criação e de autonomia do sujeito²⁴.

A Figura 2 apresenta a avaliação positiva do tratamento no que se refere à compreensão do transtorno mental (74,0%), à diminuição das crises (74,0%), à reinserção social (56,5%) e à autonomia do usuário (52,2%).

Figura 2 - Contribuição do tratamento para a autonomia do usuário, a reinserção social, a diminuição das crises e a compreensão do transtorno mental, segundo familiares. Caicó/RN, 2012



Acredita-se que compreensão da família sobre o adoecimento mental e a busca por uma assistência adequada ocorrem de forma progressiva, especialmente se motivadas pela maneira como percebem a loucura²⁵. Informalmente, durante as entrevistas, alguns familiares relataram que antes o seu parente não saía de casa por vergonha ou por “medo”. A participação nas atividades do CAPS III, a necessidade de deslocar-se ao CAPS semanalmente, com conseqüente vivência nos espaços

sociais, são apontados como causas para as mudanças positivas apresentadas na Figura 2.

Por outro lado, as visitas ao CAPS III, para captação dos familiares, aliada ao conhecimento dos pesquisadores sobre o cenário – já que o mesmo integra ambiente de aulas práticas e atividades extensionistas de um curso de graduação – e os resultados de outras pesquisas^{11,26} confirmaram a existência de problemas de ordem terapêutica: inexistência de uma agenda semanal de atividades terapêuticas; ausência de Projeto Terapêutico Singular (PTS) e Técnico de Referência; ausência de grupo de familiares e de assembleia de usuários, familiares e técnicos; desarticulação da rede de atenção psicossocial.

Os achados sobre a diminuição das crises encontram concordância em outro estudo. Após frequentar os CAPS, 24% dos usuários relataram ausência de crises, 60% tiveram menor frequência de crise e 70% menor intensidade²⁷.

Esta pesquisa também avaliou a quantidade de profissionais e a qualidade da equipe técnica do CAPS III de Caicó-RN. A maioria dos familiares considerou suficientes os profissionais para a assistência prestada (91,3%) e a qualificação para o trabalho (82,6%).

No momento da coleta de dados, o CAPS III possuía para as atividades diurnas (manhã e tarde) três auxiliares ou técnicos de enfermagem, dois enfermeiros, um psiquiatra, um terapeuta ocupacional, dois psicólogos, dois arte-educadores, dois assistentes sociais, um nutricionista e um farmacêutico. Tal configuração atende ao recomendado pelo Ministério da Saúde¹, exceto em relação ao médico psiquiatra, pois devem ser dois.

CONCLUSÃO |

Este estudo fez a primeira avaliação do serviço de saúde mental da região de Caicó-RN, cujo passado recente foi caracterizado por desassistência, sofrimento e morte de pacientes do antigo manicômio. Os familiares avaliaram como bons a assistência e o tratamento prestados no CAPS III. Também foi considerada boa a estrutura física do local. Foi julgada positiva a contribuição do tratamento para a diminuição das crises e a reinserção social e para promover maior autonomia e conhecimento sobre o transtorno mental.

Entretanto, alguns familiares parecem continuar com a ideia manicomial “cristalizada”: não comparecem às atividades realizadas pelo CAPS, prejudicando a função de participação e corresponsabilização familiar no tratamento do usuário.

Apesar das limitações do instrumento de pesquisa para se avaliar o fenômeno “assistência em saúde”, defende-se que os achados trazem à tona importantes considerações sobre a oferta e a qualidade do tratamento no CAPS III pesquisado. Serve para a reflexão da gestão municipal, dos profissionais, dos usuários, dos familiares e dos frequentadores de cursos de graduação relacionados a este cenário.

REFERÊNCIAS |

1. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
3. Azevedo DM, Miranda FAN. A representação social de familiares nos centros de atenção psicossocial. *Esc Anna Nery*. 2011; 15(2):354-60.
4. Azevedo DM, Miranda FAN. Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPS ad do município de Natal-RN: com a palavra a família. *Esc Anna Nery*. 2010; 14(1):56-63.
5. Silvana CC. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(1):51-7.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado 2015 fev 23]. Disponível em: URL:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>.
7. Ribeiro JP, Coimbra VCC, Borges AM. Grupos de familiares de um centro de atenção psicossocial: experiências de seus usuários. *Rev Enferm UFSM [periódico on-line]*. 2012 [citado 2015 fev 23]; 2(2):375-85. Disponível em: URL:<<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/revufsm/article/view/4582/3762>>.
8. Schrank G, Olschowsky A. O centro de atenção psicossocial e estratégias para inserção da família. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(1):127-33.
9. Mielke FB, Kantorski LP, Jardim VMR, Olschowsky A, Machado MS. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. *Ciênc Saúde Colet*. 2009; 14(1):159-64.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
11. Frias PG, Costa JMBS, Figueiró AC, Mendes MFM, Vidal SA. Atributos da qualidade em saúde. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010:43-55.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
13. Silva DS, Azevedo DM. As novas práticas em saúde mental e o trabalho no serviço residencial terapêutico. *Esc Anna Nery*. 2011; 15(3):602-9.
14. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*. 2005; 83(4):691-729.
15. Samico I, Figueiró AC, Frias PG. Abordagens metodológicas na avaliação em saúde. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010:15-28.
16. Azevedo DM, Miranda FAN. The family and substitute services in mental health: a clipping of the brazilian literature in nursing. *Rev Enferm UFPE Online [periódico on-line]*. 2009 [citado 2015 fev 23]; 3(3):93-8. Disponível em: URL: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/269/pdf_842>.
17. Borba LO, Paes MR, Guimarães NA, Labronici LM, Maftum MA. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(2):442-9.
18. Navarini V, Hirdes A. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. *Texto contexto Enferm*. 2008; 17(4):680-8.

19. Jorge MSB, Ramirez ARA, Lopes CHAF, Queiroz MVO, Bastos V. Representações sociais das famílias e dos usuários sobre participação de pessoas com transtorno mental. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(1):135-42.

20. Bandeira M, Silva MA, Camilo CA, Felício CM. Satisfação de familiares em serviços de saúde mental. *J Bras Psiquiatr*. 2011; 60(4):284-93.

21. Koga M, Furegato AR. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. *Ciênc Cuid Saúde*. 2002; 1(1):75-9.

22. Randemark NFR, Jorge MSB, Queiroz MVO. A reforma psiquiátrica no olhar das famílias. *Texto Contexto Enferm*. 2004; 13(4):543-50.

23. Salles MM, Barros S. Reinternação em hospital psiquiátrico: a compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano. *Rev Esc Enferm*. 2007; 41(1):73-81.

24. Kantorski LP, Machado RA, Lemões MAM, Quadros LCM, Coimbra VCC, Jardim VMR. Avaliação da estrutura e processo na visão dos familiares de usuários de saúde mental. *Ciênc Cuid Saude*. 2012; 11(1):173-80.

25. Azevedo DM, Gaudêncio MMP. A esquizofrenia sob a ótica familiar: discurso dos cuidadores. *Revista Nursing*. 2007; 111(10):366-71.

26. Azevedo DM, Gondim MCSM, Silva DS. Apoio matricial em saúde mental: percepção de profissionais no território. *R Pesq Cuid Fundam Online [periódico on-line]*. 2013 [citado 2015 fev. 23]; 5(1):3311-22. Disponível em: URL: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidado-fundamental/article/view/1951/pdf_689>.

27. 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*. 2010; 26(4):807-15.

Correspondência para/ Reprint request to:

Dulcian Medeiros de Azevedo

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

Campus Caicó, Rua André Sales, n. 667

Paulo VI, Caicó - RN, Brasil

CEP: 59300-000

Tel.: (84) 3421-6513

E-mail: professordulcian@gmail.com

Submetido em: 31/01/2014

Aceito em: 01/07/2014