



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

FERNANDA SERANTTOLA OSS

**CONSIDERAÇÕES SOBRE A RELAÇÃO FAMILIAR
DE PESSOAS COM DOENÇA MENTAL**

ARIQUEMES – RO

Novembro/2015

Fernanda Seranttola Oss

**CONSIDERAÇÕES SOBRE A RELAÇÃO FAMILIAR
DE PESSOAS COM DOENÇA MENTAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de bacharel e licenciatura em Psicologia, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial à obtenção do grau de bacharel e licenciatura em psicologia.

Profª Orientadora: Drª Maila Beatriz Goellner.

ARIQUEMES – RO

Novembro/2015

Fernanda Seranttola Oss

CONSIDERAÇÕES SOBRE A RELAÇÃO FAMILIAR DE PESSOAS COM DOENÇA MENTAL

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de bacharel e licenciatura em Psicologia, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial à obtenção do grau de bacharel e licenciatura em psicologia.

COMISSÃO EXAMINADORA

Orientadora: Prof.^a Dr.^a: Maila Beatriz Goellner
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Prof. Ms.: Carlos Eduardo Dias Oliveira da Paz
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Prof.^a Esp.: Gilsinéia Rapôso Coêlho
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Ariquemes, 30 de novembro de 2015.

DEDICATÓRIA

Deus em primeiro lugar, por seu amor imensurável. A Cleunice e Antônio meus pais e a meus irmãos Leandro e Amanda, por serem as pessoas mais importantes em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Meus mais profundos agradecimentos primeiramente a Deus, digno de toda minha admiração por me conceder tantas vitórias durante minha caminhada, por me amparar de forma tão vívida, por muito me ensinar e me privilegiar com um amor do qual desejo ser digna.

A meu pai, por ser o homem mais merecedor do meu amor, carinho, respeito e admiração, por cada suor derramado para que esse sonho se tornasse possível. Meu amparo, meu porto seguro a quem tanto amo.

A minha mãe, mulher admirável da qual fui presenteada por Deus, muito me ensinou e muito me ensina. Por sua forma corajosa de enfrentar a vida.

A meu irmão Leandro, anjo amado do qual não me esqueço, com seu jeito singular de amar, sua existência é um motivo para agradecimento, sua vida é um presente dado a nossa família.

A minha irmã Amanda, que nos presenteou com muitas alegrias a toda a família.

A Maria Izabel, Lorena, Letícia e Jessica acadêmicas de minha turma por fazerem parte de forma tão especial da realização deste trabalho, por serem tão especiais neste momento. Meus mais profundos agradecimentos.

A Marlene Rauber, acadêmica de minha turma a quem desejo toda felicidade e sucesso. Por tudo que vivenciamos juntas e pelas vezes que fornecemos força uma para a outra.

A professora doutora Rosani Aparecida Alves Ribeiro de Souza, por sua simplicidade e simpatia, da qual pude contemplar desde o primeiro dia de minha graduação, onde tudo era novo e temível.

Ao amado professor mestre Roberson Geovani Casarin, meu primeiro orientador de curso, por participar de forma muito especial do início de minha graduação, pelo qual tenho grande respeito e admiração, por sua completude tanto como profissional quanto como ser humano. Por conseguir vincular simplicidade e grandiosidade.

A mestre Carla Patrícia Rambo, minha segunda orientadora de curso, por fazer parte de minha história estando presente neste momento tão importante, a concretização de minha graduação.

A professora doutora Maila Beatriz Goellner, orientadora deste trabalho de conclusão de curso, por sua sensibilidade e respeito. Uma pessoa admirável, a qual me faltam palavras para expressar suas qualidades. Obrigada!

O mundo no qual nós penetramos pelo nascimento é brutal, cruel e, ao mesmo tempo, de uma beleza divina.

Carl Gustav Jung

RESUMO

O exposto estudo de cunho bibliográfico, parte das considerações sobre a relação familiar de pessoas com doença mental. Sabe-se que o primeiro contato que o indivíduo possui é na maioria das vezes com a família, sendo este um ambiente favorável para seu desenvolvimento pessoal e social. A proposta do trabalho se baseia em abordar a relevância da relação familiar para a qualidade de vida de pessoas com doença mental. Com isso, tem-se como objetivos apresentar brevemente o processo evolutivo da doença mental (termos, visão), demonstrar os anseios que podem ser vivenciados pela família de pessoas com doença mental e avaliar a relevância da família como participante no processo da saúde mental. Em suma a visão voltada para a família e a sua contribuição no campo da saúde mental se encontra em desenvolvimento, trazendo subsídios para o que foi explanado na teoria. Buscou-se a posterior da realização desse trabalho destacar a necessidade de um acompanhamento psicológico e também a importância do apoio da família e para a família pela equipe de saúde. Espera-se também que o mesmo contribua para a sensibilização social em relação a necessidade de políticas que busquem um olhar voltado para essas demandas sociais.

Palavras-Chave: Doença Mental, Saúde Mental, Relação Familiar.

ABSTRACT

The foregoing study of bibliographical nature, part of the considerations about the family relationship of people with mental illness. It is known that the first contact that the individual has is most of the time with the family, which is a favorable environment for their personal and social development. The work proposal is based on addressing the importance of family relationship to the quality of life of people with mental illness. Thus briefly introduce the evolutionary process of mental illness (terms, vision), demonstrate the desires that can be experienced by the family of people with mental illness and assess the relevance of the family as a participant in the mental health process. In short a view toward family and its contribution in the field of mental health is in development, bringing benefits to what was explained in theory. The further sought the completion of this work highlight the need for psychological counseling and also the importance of family support and family by the health team. It is expected also that it contributes to the social awareness of the need for policies that seek a glance facing these social demands.

Keywords: Mental Illness, Mental Health, Family Relationship.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS.....Biblioteca Virtual em Saúde

CAPS.....Centro de Atenção Psicossocial

FAEMA.....Faculdade de Educação e Meio Ambiente

LILACS.....Literatura Latino-Americana e Caribe

MTSM.....Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

PEPSIC.....Periódicos Eletrônicos em Psicologia

SCIELO.....Scientific Electronic Library Online

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
2. OBJETIVOS.....	14
2.1 GERAL.....	14
2.2 ESPECÍFICOS.....	14
3. METODOLOGIA.....	15
4. REVISÃO DE LITERATURA.....	16
4.1 BRVE CARACTERIZAÇÃO HISTÓRICA DA DOENÇA MENTAL.....	16
4.2 ANSEIOS VIVENCIADOS PELA FAMÍLIA DE PESSOAS COM DOENÇA MENTAL.....	20
4.3 A FAMÍLIA OBSERVADA COMO FUNDAMENTAL PARTICIPANTE NO PROCESSO DA SAÚDE MENTAL.....	27
CONCLUSÃO.....	30
REFERÊNCIAS.....	32

INTRODUÇÃO

O interesse em relação ao tema apresentado foi se desenvolvendo devido à observação da relação familiar de pessoas com doença mental ser permeada de dificuldades e angustias sentimentos estes que a literatura pouco esboça. Sabe-se que esses indivíduos vêm ganhando espaço na sociedade principalmente na contemporaneidade. “A família historicamente foi excluída do tratamento dispensado às pessoas com transtorno mental, pois os hospitais psiquiátricos eram construídos longe das metrópoles, o que dificultava o acesso dos familiares a essas instituições” (BORBA et al. 2011).

Segundo Soares (1997) *apud* Fortuna e Batista (2012), Phillipe Pinel um precursor na psiquiatria foi quem denominou vários tipos de desvios e alienações mentais, na busca de conhecimento científico e tratamento, surgindo assim os manicômios. No século XX as denominações mudaram, os manicômios são denominados de hospitais, assim como os institucionalizados chamados de asilados passam a ser chamados de internos, vistos no consultório como cliente, paciente, analisando ou em processo de terapia (SOARES, 1997 *apud* FORTUNA; BATISTA, 2012).

A evolução da reforma psiquiátrica não foi somente o que se modificou no processo de saúde mental ao longo dos anos, mas também a família começa a ser observada no processo de saúde e doença, sendo ela responsável na melhoria das doenças psíquicas ou em sua piora (SANTIN; KLAFKE, 2011).

Na contemporaneidade a participação da família na área da saúde torna-se crescente e de fundamental importância, sobretudo no campo da saúde mental, onde participam de forma ativa nas decisões na busca de melhorias para os pacientes psiquiátricos (MORENO; ALENCASTRE, 2003).

O papel da família dentro do tratamento das pessoas com doença mental passou a ser de extrema importância a partir da recente postura na área da saúde, onde valoriza as informações que a família possui, não somente o sintoma que o paciente apresenta, sendo a família uma fonte colaborativa na melhora do paciente. Tendo papel importante no desenvolvimento do indivíduo e de sua personalidade,

sendo ela o primeiro contato social apresentado. É trabalho singular da família o desenvolvimento no meio social dos portadores de problemas mentais. A forma como ela vivencia a dinâmica familiar influencia no processo colaborativo do desenvolvimento e no apoio que ela irá fornecer, para tanto a família precisa estar preparada (GÓIS; SANTOS; SANTOS, 2012).

Diante do exposto, questiona-se como a família encontra-se preparada para acolher as pessoas que possuem doença mental? Como a equipe de saúde enxerga a família nesse processo? E se essa relação pode influenciar na evolução da melhora dos indivíduos?

Esse trabalho se justifica pela necessidade de se ter um olhar voltado para a relação familiar de pessoas com transtornos mentais e os sofrimentos advindos da sintomatologia da doença, da relação com a equipe de saúde com a família em construção e desenvolvimento.

O trabalho encontra-se dividido em três capítulos, sendo o primeiro: “BREVE CARACTERIZAÇÃO HISTÓRICA DA DOENÇA MENTAL” onde foi feito um breve relato sobre o percurso histórico da doença mental e a loucura. O segundo capítulo: “ANSEIOS VIVENCIADOS PELA FAMÍLIA DE PESSOAS COM DOENÇA MENTAL” buscou esboçar os sentimentos que a família vivencia quando descobre a entrada de uma criança “não perfeita” na família. Em seguida no terceiro capítulo: “A FAMÍLIA OBSERVADA COMO FUNDAMENTAL PARTICIPANTE NO PROCESSO DA SAÚDE MENTAL”, teve como objetivo evidenciar a relação da família no processo de saúde e doença daquela pessoa com deficiência mental e importância dessa família que vem sendo observada pela equipe de saúde.

2. OBJETIVOS

2.1 GERAL

Abordar a relevância da relação familiar para a qualidade de vida de pessoas com doença mental.

2.2 ESPECÍFICOS

- Apresentar brevemente o processo evolutivo da doença mental (termos, visão);
- Demonstrar os anseios vivenciados pela família de pessoas com doença mental;
- Avaliar a relevância da família como participante no processo da saúde mental.

3. METODOLOGIA

Este estudo foi uma pesquisa bibliográfica seguindo os preceitos metodológicos referidos por Gil (2010). De acordo com Gil (2010) uma pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já publicado e possui a vantagem de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente.

Essa pesquisa foi realizada no ano de 2015. Foram utilizados para a construção desse trabalho artigos indexados e publicados nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na plataforma da Scientific Electronic Library Online (Scielo), Literatura Latino-Americana e Caribe (LILACS), Periódicos Eletrônicos em Psicologia (Pepsic) e acervo referente ao tema na Biblioteca Júlio Bordinon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, em Ariquemes-RO. Para seleção dos artigos, foram utilizados os seguintes descritores: Doença Mental, Saúde Mental, Relação Familiar.

A pesquisa bibliográfica teve como critério de inclusão publicações que compreenderam o período de 1978 a 2014. E como critério de exclusão trabalhos que não se encaixarem na temática. Ao total encontrou-se 64 trabalhos e para a construção desse trabalho utilizou-se 32, pois estes se encaixavam diretamente com os objetivos propostos.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1 BREVE CARACTERIZAÇÃO HISTÓRICA DA DOENÇA MENTAL

A doença mental envolve perturbações de ordem psiquiátrica. Cobb e Mittler (2005) apontam que o emprego do termo doença mental é utilizado com o intuito de englobar várias inquietações que interferem no sistema dos indivíduos como um todo, não sendo vista como um tipo de deficiência, mas como falhas na compreensão da realidade que é alterada.

No fim da Idade Média e na Renascença, a loucura é uma expressividade do indivíduo envolta em mistério, muitas vezes associada a forças mágicas, na qual o dito louco se apresenta como o revelador das contradições e hipocrisias sociais. (SILVEIRA; SIMANKE, 2009).

A loucura na Grécia antiga e para alguns filósofos daquela época era vista como uma divindade, os indivíduos com transtornos mentais eram privilegiados por Deus. O delírio, por exemplo, era privilégio para se ter acesso aos fatos divinos, não quer dizer que as pessoas que eram acometidas por delírios eram consideradas normais, mas sim carregadoras de uma *desrazão* (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

Nesta direção, em decorrência, à origem cósmica da loucura foi se erguendo uma prática discursiva que considerava onde a loucura no qual ela nasceria no coração dos homens, na medida em que ele organizasse a sua conduta, não como efeito de um mistério oculto, mas com implicação da prática moral do homem, no desvio do sujeito do itinerário da retidão. (FOUCAULT, 1961/1997 *apud* SILVEIRA; SIMANKE, 2009).

Foi no Classicismo, segundo Foucault (1961/1997, *apud* Silveira e Simanke, 2009), que uma nova percepção da loucura enquanto risco para a sociedade iniciou o seu delineamento, sendo referenciada enquanto fator de desorganização familiar, desordem social e perigo para o Estado. (SILVEIRA; SIMANKE, 2009).

Nos primórdios o adoecimento mental era caracterizado como uma disfuncionalidade do sistema nervoso do indivíduo, estes eram denominados de

loucos, no entanto a partir do século XVIII os loucos passam a ser chamados de doentes (BORBA, 2010).

O que está em jogo no classicismo são as renovadas maneiras discursivas da internação enquanto invenção institucional do século XVII e XVIII, com o aparecimento de diversas casas de internamento. Destarte, os internamentos eram executados sob as mais diversas formas, como: por meio de cartas régias, de encaminhamentos policiais, de solicitações de familiares ou por pedido de curas paroquiais. Vale destacar que dentre aqueles que eram internos, apenas dez por cento estavam ligados à insanidade. Desse modo, o internamento se configurava mais como um dispositivo de exercício de poder, através do isolamento dos excluídos sociais do que enquanto medida na distinção dos vários tipos de subjetividades e na constituição distinta da categoria médica do louco. (SILVEIRA; SIMANKE, 2009).

Logo, como consequência mais direta da segregação do louco via internamento, o que se tem é, principalmente a criação social da alienação por meio do isolamento dos excluídos em ambiente estranho, não familiar, portanto, alienante. (SILVEIRA; SIMANKE, 2009).

Com a Declaração dos Direitos do Homem, promulgada pela Assembleia Nacional Constituinte da França revolucionária em 26 de agosto de 1789, encerra-se a fase do internamento diante da prerrogativa de que ninguém seria detido a não ser nos casos da lei. É de suma importância enfatizar que a emergência da loucura como doença mental se desenvolve, gradativa e intensamente através de macromomentos históricos, no transcurso do Classicismo para a Modernidade. (SILVEIRA; SIMANKE, 2009).

Apesar da abrangência do material divulgado nessa área e a loucura serem visto como uma doença, o tratamento dessas pessoas não era adequado, com isso esses pacientes eram mantidos isolados e excluídos do contexto social, pois a sociedade da época acreditava que o contato com o meio social como a família, acarretaria a piora dos indivíduos prejudicando tanto a indivíduo quanto a família. A partir do século XIX o termo doença passa a ser visto designado de doença mental (BORBA, 2010).

O sistema hospitalocêntrico tinha como objetivo retirar essas pessoas do convívio social e tratá-las, a sua inserção se deu através de tratamentos doloridos causando sofrimentos nos pacientes que eram expostos a torturas, como choques com eletrochoques, convulsoterapia entre outras formas consideradas como tratamentos. Os indivíduos viviam encarcerados, amarrados, expostos a lugares sem nenhum tipo de higiene, sofrendo vários tipos de abusos (SANTIN; KLAFKE, 2011). Foucault (1999) *apud* Santin e Klafke, (2011) traz que, para a medicina o processo de loucura era visto como algo que fugia dos padrões da normalidade.

Segundo Foucault (1978), essas pessoas eram transportadas por mercadores e marinheiros em grande número para longe das cidades de origem, para que esses locais fossem limpos de suas presenças. A sociedade buscava livrar-se daquela população que não condizia com a normalidade. A cura e a exclusão faziam parte de um mesmo cenário, como exemplo, em muitas cidades daquela época que tinham grande influência na fé religiosa e por outro lado eram responsáveis pelos maus tratos aos doentes mentais.

Na senda do período antecedente à Revolução Francesa que ocorreu em 1789 e finalizou a Idade Moderna, já era observado a individualização da loucura, a partir da limitação e rebaixamento do internamento, no sentido de liberar os internados referentes à imoralidade, a conflito familiar e à libertinagem leve. Porém, os loucos eram explicitamente mantidos enclausurados e, geralmente, acorrentados. (SILVEIRA; SIMANKE, 2009).

A Reforma Psiquiátrica revolucionou a prática de abordagem da loucura. Ela humanizou e modificou a clínica e o processo de trabalho direcionado ao cuidado do caracterizado como louco, reinscrevendo o sofrimento dando-lhe justa significação: uma contingência na experiência humana. (TRAJANO; SILVA, 2012).

Ao romper com a tutela do saber técnico especializado, a luta antimanicomial inseriu na agenda das cidades o debate sobre o lugar social da loucura, ou seja, colocou esta questão no contexto de problema da democracia e não mais uma questão restrita a especialistas e a profissões. Como pauta política, compete aos cidadãos sua condução e seu futuro. A institucionalização da loucura anuncia um dos mais completos e sólidos processos de desumanização, pois relaciona dois modos diferentes e complementares de violência: a segregação dos corpos se

articula e duplica o processo de exclusão e de anulação da subjetividade. (TRAJANO; SILVA, 2012).

No ano de 1961, alguns teóricos argumentavam que a loucura seria um reflexo do desequilíbrio nas relações sociais e familiares que o indivíduo estava inserido, descaracterizando a loucura como um tipo de doença. No Brasil o tratamento de indivíduos com transtorno mental é tradicionalmente realizado sobre a visão da medicina com suas ações lineares, afastando o desenvolvimento de ações nos sistemas que as pessoas com doença mental estão inseridas com a família e comunidade (SILVA; DINIZ; SANTOS, [20--]).

No Brasil o trabalho na área da psiquiatria não é algo novo, o Hospital Dom Pedro II foi o pioneiro na assistência de pessoas com transtornos mentais. A reforma psiquiátrica ocorreu aproximadamente no ano de 1970 em contraposto ao modelo asilar, com o intuito de tirar as pessoas das instituições manicomiais, visando a melhoria no atendimento e a diminuição de mortes que ocorriam nas instituições (VIANA; ALMEIDA, [20--]).

A criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) deu-se no ano de 1978, sendo este de grande importância para a crescente Reforma Psiquiátrica, culminando diversos acontecimentos neste sentido. O objetivo do MTSM era de prestar ampla assistência às pessoas com transtornos mentais, através de denúncias aos maus tratos cometidos nos manicômios. O ano de 1987 foi um marco para o progresso da saúde mental no Brasil, com a realização do segundo Congresso Nacional do MTSM em Bauru no Estado de São Paulo e a primeira Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro. Nesse momento surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo (BRASIL, 2005).

O primeiro trabalho desenvolvido pelo CAPS sucedeu em 1989, um ano após sua criação, no Hospital Psiquiátrico de Santos a Casa de Saúde Anchieta em São Paulo. Demonstrou-se a necessidade da criação de algo que suprisse os hospitais psiquiátricos, quando se observou a violência a qual os pacientes eram submetidos, por vezes chegando a óbito (BRASIL, 2005).

De acordo com Andreoli et al. (2004) o CAPS possui várias modalidades em seu atendimento, são elas:

(1) hospitalidade integral, na qual o usuário permanece internado; (2) hospitalidade diurna; (3) hospitalidade noturna; (4) atendimentos individuais, realizados exclusivamente com o usuário e família na forma de entrevistas, aconselhamento ou intervenções terapêuticas de diversas naturezas; (5) atendimentos grupais, realizados pelos profissionais da unidade na forma de assembléias, grupos operativos, grupos terapêuticos e outras atividades das quais pode participar a família; (6) ambulatório médico-psiquiátrico de acompanhamento clínico; (7) abordagens extra-institucionais realizadas com ou para o usuário e família, tais como visitas domiciliares, passeios, acompanhamento e interconsultas; (8) reabilitação psicossocial para os usuários que integram alguma ação de caráter específico de reabilitação, tais como os projetos da SeRP ou centro de convivência e (9) outros, tais como triagem e medicação assistida. Esta última consiste na administração ou fornecimento de medicação garantindo a continuidade do tratamento (ANDREOLI et al. 2004, p.837).

O CAPS surge como parte fundamental do processo de desinstitucionalização, assim como as residências terapêuticas e os centros de convivência, o seu objetivo era retirar os indivíduos das instituições que permaneciam por tempo integral e inseri-los na sociedade. No trabalho de inserção com a família o agente comunitário de saúde tem papel importante nesse sentido, pois é ele que possui contato direto com a família e com suas necessidades em relação ao processo de saúde (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

Como foi exposto acima existem diversos sistemas que buscam dar suporte aos usuários e as famílias substituindo os hospitais psiquiátricos, visando a não internação absoluta hospitalar. Jorge et al. (2008) apresentam que o CAPS assim como diversos outros trabalhos que visam auxiliar as famílias e seus usufrutuários, buscam evitar ao máximo a institucionalização dos pacientes, somente quando for extremamente necessário, já que a convivência familiar é vista como primordial para o processo de socialização.

4.2 ANSEIOS VIVENCIADOS PELA FAMÍLIA DE PESSOAS COM DOENÇA MENTAL

Com o passar dos anos houve uma grande modificação na compreensão de família, esta sendo vista como um conceito mais abrangente. A partir do momento em que os indivíduos decidem se unir para constituir uma família, um novo sistema já está sendo gerado possibilitando ao casal novas vivências, relacionamentos,

responsabilidades entre outros aspectos. É importante salientar que um indivíduo na relação seja ela qual for não corresponde totalmente a necessidade do outro, por isso precisam estar sempre se ajustando para o equilíbrio das obrigações de ambas as partes. A comunicação é um processo importante neste contexto, pois possibilita ao casal e a toda a família ao dar e o receber de informações, seja ela de forma verbalizada ou não (ROSSET, 2014).

Outro aspecto importante a mencionar é que até o ano de 1980 a família possuía pequena participação no convívio com seus familiares com transtorno mental, as informações sobre os cuidados aos quais os pacientes eram submetidos eram controladas pelas instituições psiquiátricas, assim como as visitas familiares que eram restritas, a família só tinha acesso as informações que eram relatadas pela instituição, as correspondências encaminhadas aos institucionalizados muitas vezes não eram entregues, pois acreditava-se que esse tipo de contato seria um aspecto negativo no processo terapêutico (MORENO; ALENCASTRE, 2003).

Dessa forma, conforme pontuam Melman (2002) *apud* Navarini; Hirdes (2008), a família demonstra necessidade de conhecimento sobre a doença, bem como de seus sintomas e efeitos, devendo ser compreendida nesse contexto a fim de que não se separe a doença do contexto familiar para que esta possa enfrentar a doença com mais segurança e menos sofrimento para que possa investir na recuperação/melhora do integrante doente.

Melman (2002) *apud* Navarini; Hirdes (2008) ainda asseguram que a doença significa mais do que um conjunto de sintomas, possui outras representações de ordem simbólica, moral, social ou psicológica para o doente e a família.

Baptista (2011) traz que as dificuldades enfrentadas pela família são diversas, possivelmente um dos fatores relacionados ao sofrimento esteja conexo ao desconhecimento dos sintomas que a doença apresenta, e a evolução do quadro. Sendo a família “[...] a base para uma estrutura emocional para o paciente portador de transtorno mental, tanto para a prevenção de uma crise, quanto para a sua manutenção e recuperação” (BAPTISTA, 2011. p. 23).

Em um estudo realizado por Romagnoli (2006) na categoria denominada dinâmica de funcionamento familiar mostrou que as famílias entrevistadas estruturavam seu cotidiano em torno da doença mental e que essas mudanças afetam as relações entre os membros da família e podem alterar, inclusive, a

convivência com a família extensa, que se afasta diante da instabilidade da doença mental. Diante do relato de uma das famílias, foi dito que precisaram alterar a ocupação dos cômodos da casa e deixar um quarto somente para o membro doente, disponibilizando um espaço inexistente. Essa modificação tanto na convivência familiar quanto na ocupação da casa, de acordo com a autora, se fez necessária pela sintomatologia apresentada, que mudou hábitos de sono, alimentação e humores.

Outro aspecto relevante é que a família fica sobrecarregada de responsabilidades em lidar com uma pessoa doente, essa mudança no cotidiano envolve todos os aspectos, seja o meio social como também no financeiro, gastos advindos das necessidades que vem a surgir. Compreender a importância da participação da família no contexto de saúde e doença torna-se um meio eficaz no trabalho elaborado pela equipe de saúde (SPADINI; SOUZA, 2006).

A sobrecarga é caracterizada pelos encargos econômicos, emocionais e físicos que a família é submetida, também a convivência com o doente mental “representa em peso material, subjetivo, organizativo e social” (SOUZA; SCATENA, 2005, pág. 176).

Em relação a convivência familiar e as sobrecargas a que são submetidas as famílias de pessoas com doença mental, Pereira e Júnior (2003), falam de três tipos, que são: *financeira, física e emocional*. Além dessas sobrecargas, o lazer também é comprometido. Também traz consigo o desenvolvimento de angústias e sentimentos como: *culpa, vergonha e isolamento social* (PEREIRA; JÚNIOR, 2003).

Os autores supracitados referem sobre o desenvolvimento de angústias e sentimentos de culpa, vergonha e isolamento social. Nesse sentido ressaltam que “[...] os familiares dos pacientes pedem escuta, acolhimento e ajuda para amenizar sua experiência com a pessoa acometida de transtorno mental” (PEREIRA; JÚNIOR, 2003, p. 99).

Com relação à sobrecarga financeira infere-se que os gastos são altos muitas vezes com medicamentos e consultas médicas. Em relação à sobrecarga física, infere-se que o cuidado ao qual os familiares tem que apresentar junto ao indivíduo com deficiência mental, tendo muitas vezes que realizar atividade que estes não são capazes de realizarem sozinhos, como tomar banho, se alimentar entre outros, em

relação à sobrecarga emocional pode-se hipotetizar que esta é mais complexa pois envolve todas as sobrecargas por elas apresentadas, a família tem de lidar com as crises e todos os sintomas que a doença traz consigo, que requer muito de seu tempo e dedicação o que faz com que a mesma tenha um desgaste emocional elevado.

Outros autores como Borba, Schwart e Kantorki (2008), articulam a respeito das sobrecargas sentidas na família, sendo elas: a sobrecarga do cuidado, onde demonstra-se que a família acaba, muitas vezes, se configurando como um sistema funcional de zelo, preocupação e presença. No entanto, o cuidar “torna-se tarefa por vezes difícil, seja pela falta de apoio e comprometimento dos demais membros da família, seja pela demanda do familiar doente”. Também a sobrecarga física e emocional (BORBA; SCHWART; KANTORKI, 2008, pág. 591).

Quanto à sobrecarga física e emocional, as autoras afirmam que as pessoas que convivem com a realidade da doença mental ficam de forma física e emocionalmente esgotadas devido “a privação do sono ou pelo fato de não suportarem mais as implicações que essa convivência gera” (BORBA; SCHWART; KANTORKI, 2008, pág. 591). De acordo com as autoras, muitos familiares de doentes mentais desenvolvem sintomas como irritabilidade, nervosismo, ansiedade, insônia, somatizações como gastrite, hipertensão arterial, problemas de coluna entre outros.

Não se trata somente de questões internas, mas também do meio social ao qual a família se encontra, que possui dificuldade em entender a doença, tendo a família que enfrentar diversas situações, encontrando na dificuldade de aceitação das diferenças da sociedade um dos principais problemas de se lidar (MOURA; VALÉRIO, 2003).

A influência do sofrimento mental no ambiente familiar acarreta mudanças nos hábitos, costumes e rotinas dessa família (BORBA; SCHWART; KANTORKI, 2008).

A pesquisa de Borba, Schwart e Kantorski (2008) teve como objetivos conhecer a sobrecarga da família que convive com o sofrimento psíquico de um ente com doença mental. Segundo as autoras, a análise dos resultados apontaram três

aspectos: sobrecarga financeira; sobrecarga no cuidado; sobrecarga física e emocional.

Quanto à sobrecarga financeira, as autoras afirmam que:

[...] presença da sobrecarga financeira no contexto diário das famílias esta ganha proporções maiores, pois além da preocupação em suprir as necessidades da casa e do tratamento, os demais integrantes da família sofrem privações em decorrência do orçamento rígido e controlado” (BORBA; SCHWART; KANTORKI, 2008, p. 590).

Outro aspecto relevante que emergiu na pesquisa de Souza e Scatena (2005) foi o sentido da família do doente mental como motivadora e sofredora de preconceitos. Em relação ao aspecto motivador de preconceito, os autores relatam a atitude da família em esconder o doente, possuir um sentimento de vergonha ou usar palavras depreciativas ao se referirem ao doente. E quanto ao aspecto da família ser sofredora de preconceito, os autores apontam que este é vivenciado entre os vizinhos e a comunidade em geral.

Os autores Colvero, Ide e Rolim (2004) relatam que os familiares que procuram o auxílio e suporte dos serviços de saúde mental e de seus profissionais, apresentam demandas de ordens variadas como, dificuldade para lidarem com as situações de crise vividas, com os conflitos familiares emergentes, com a culpa, com o pessimismo por não conseguir ver uma saída devido aos problemas enfrentados, pelo isolamento social a que ficam sujeitos, pelas dificuldades materiais da vida cotidiana, pelas complexidades do relacionamento com o doente mental, sua expectativa frustrada de cura, bem como pelo desconhecimento da doença propriamente dita.

Nos depoimentos os autores perceberam que, depois da primeira crise diagnosticada, os familiares puderam nomear a doença mental de seu filho ou irmão como um “comportamento diferente”, que era percebível desde a infância e ou adolescência, um período que foi sendo atenuado, aguentado na tentativa de relativizar sua gravidade. (COLVERO; IDE; ROLIM, 2004).

No que diz respeito ao “comportamento diferente” os discursos apontam que:

[...] faz coisas diferentes que as pessoas normais não costumam fazer, por exemplo não se comportam de acordo com as normas sociais e familiares; não são responsáveis; não avisam onde vão; faltam ao trabalho ou não querem trabalhar; não cuidam de suas coisas e de si mesmo; muitas vezes envolvem – se com atividades ilícitas; expressam idéias que estão fora da realidade; isolam-se e não interagem adequadamente com as pessoas que os cercam. (COLVERO; IDE; ROLIM, 2004, p. 202).

Os mesmos autores acima citados relatam que no decorrer dos depoimentos, os familiares expressam os sentimentos mobilizados nessa convivência que para eles é um alguém que desconhecem, contudo a atribuição de diferentes explicações ao comportamento apresentado pelo familiar doente mental, pode demonstrar que eles estão procurando respostas para o que de fato, tem seu filho ou irmão, sendo que para uns é criancice, meio de vida, falta de responsabilidade, preguiça e para outros é problema da mente, do espírito. “Nessa convivência, o tempo da doença é identificado pelos aspectos negativos impostos pelos comportamentos que despertam o estranhamento e o desconforto”. (COLVERO; IDE; ROLIM, 2004, p. 204).

Os autores supracitados relatam em sua pesquisa que os depoentes destacam que a convivência com o familiar doente mental é caracterizada por um sentimento de insegurança e desconforto perante a imprevisibilidade de suas ações, pois convivem com a expectativa de que a possa acontecer algo inesperado a qualquer momento.

Os familiares em “suas falas apresentam julgamentos, pré-juízos, receios, dúvidas e fragilidades, face ao que é implicitamente suposto ser um diferente incurável, um fenômeno incontrolável e imprevisível”. (MORANTE, 1998 *apud* COLVERO; IDE; ROLIM, 2004). Contudo torna-se para estes familiares assim como pontua os autores supracitados uma experiência que lhes escapa, despertando os sentidos pelos sentimentos mobilizados na convivência diária. Onde seus depoimentos são assinalados pela multidão de sentidos e significados que atestam a variedade de formas de compreenderem e explicarem o binômio saúde-doença mental.

“A emergência de um transtorno mental no grupo familiar é geradora de ansiedade e tensão, que passa por reorganização, na tentativa de busca de alternativas”. (BAPTISTA, 2011, p.21). O autor supracitado descreve que a família enfrenta dificuldade em algumas situações, talvez por não ter conhecimento necessário sobre a doença vivenciada pelo seu familiar, assim na maioria das vezes não compreende a sintomatologia e a evolução do quadro clínico da patologia.

Este mesmo autor relata que o adoecimento mental de um membro da família de forma geral representa um forte abalo aos familiares, onde a vivência da catástrofe desestrutura as maneiras habituais de lidar com situações do cotidiano, sendo que muitos familiares não estão preparados para enfrentar os problemas, não sabendo como agir, vivenciando dúvidas e conflitos (BAPTISTA, 2011, p.26).

Continuando com esse mesmo autor onde ele descreve sobre as implicações que esse novo convívio pode trazer:

Este convívio prolongado traz uma série de implicações, como o deslocamento das rotinas normais, a queda da renda familiar, repercussões da doença no clima emocional da família, o ajuste nos relacionamentos e papéis internos e uma possível e provável mudança na posição social da família, que advém do estigma que cerca o transtorno mental. (BAPTISTA, 2011, p.32).

Segundo Baptista (2011) existe ainda um outro fator que perturba o imaginário das famílias, ou seja, a busca pela explicação para o surgimento do transtorno mental. Percebe-se que os familiares sempre tentam encontrar resposta para o aparecimento do transtorno mental. Com isso entre as dúvidas tentam buscar respostas que possam trazer explicações em relação ao aparecimento da enfermidade no membro da família.

O sofrimento causado pela doença mental reflete não somente no indivíduo, mas também afeta toda a sua estrutura familiar. A família ainda é vista pela saúde como uma pequena contribuinte para a melhora na qualidade de vida dessas pessoas, acredita-se que a saúde observará a importância da família nesse processo de forma abrangente a partir do momento em que os sistemas forem se aprimorando e definindo de forma clara a relevância da mesma para o

desenvolvimento social e melhora dos indivíduos, a saúde tem trabalhado nesse sentido, com políticas que buscam a inserção social e não somente tendo como foco a doença (PEREIRA, 2003).

4.3 A FAMÍLIA OBSERVADA COMO FUNDAMENTAL PARTICIPANTE NO PROCESSO DA SAÚDE MENTAL

Com a reformulação da assistência psiquiátrica após a Reforma Sanitária a família assume um importante papel na ressocialização e cuidado daqueles que sofrem de doença mental (BORBA; SCHWART; KANTORKI, 2008).

Na contemporaneidade a família vem sendo observada como grande participante no campo da saúde, fundamental integrante no campo das políticas públicas sociais. Cabe a saúde o auxílio junto a família sobre a maneira de se trabalhar com seus familiares que possuem algum tipo de doença mental (BRASIL, 2000).

O modelo biomédico possui foco na doença que o paciente apresenta, mas as famílias que convivem com a doença mental em algumas vezes focalizam o significado daquela doença, e quanto esta pode afetar a família como um todo, que é onde surgem as necessidades (JORGE et al. 2008).

Borba (2010) enfatiza a importância da família principalmente no campo da saúde mental, a mesma é observada como de extrema importância para a inclusão das pessoas com transtornos mentais na sociedade, sendo a participante imprescindível no modelo de assistência psicossocial.

Em relação a participação da família na saúde mental de seus integrantes Borba et al. (2011) traz que:

A família [...] deve ser considerada como ator social indispensável para a efetividade da assistência psiquiátrica e entendida como um grupo com grande potencial de acolhimento e ressocialização de seus integrantes. (BORBA et al. 2011, p.443).

Sobre o interesse da família de forma colaborativa Fortuna e Batista (2012) apontam que ao longo do processo histórico a família sofreu com problemas para adaptar-se às necessidades das pessoas com transtornos mentais, as relações familiares foram avançando em conformidade com o avanço dos estudos na área da saúde mental, principalmente no que diz respeito à exclusão e preconceito da sociedade. Em contraposto ao que foi afirmado, a família também foi vista como fonte fundamental de amparo na busca de mudanças em relação à discriminação (FORTUNA; BATISTA, 2012).

É preciso compreender cada família em sua singularidade e prover o suporte necessário, a fim de inseri-la como parceira no cuidado com o doente mental (SOUZA; SCATENA, 2005).

Devemos, pois, repensar o cuidado às famílias que convivem com o doente mental, não como um fenômeno definido em si mesmo, mas dentro de um paradigma que favoreça a diversidade de diálogos e, assim, de construções – saberes e ações – entre profissionais e entre estes e as famílias (SOUZA; SCATENA, 2005, pág. 174).

Os autores apontam a família como sendo presente no cuidado do doente mental e como um lugar privilegiado para seu tratamento. Além disso, os autores referem à família como o foco do cuidado em saúde e apontam para a sobrecarga por ela sofrida, reforçando a ideia de que quem cuida precisa ser cuidado (SOUZA; SCATENA, 2005).

A família é o primeiro contato que o indivíduo possui com o meio social, por esse e vários outros aspectos ela é apontada como indispensável na vida do indivíduo. Para diversos autores como Carvalho e Almeida (2003), estes apontam que para o indivíduo se desenvolver ele necessita do apoio familiar, a família fornece a assistência necessária para a sobrevivência, seja ela na sua função básica, como alimentação, moradia entre outras, mas também quando transmite os valores sociais de que os indivíduos necessitam para um relacionamento social saudável. Mesmo com vários fenômenos mundiais acontecendo como exemplo a redução do tamanho das famílias em decorrência dos avanços da modernidade, os autores acima citados

colocam que a importância da família para o desenvolvimento do indivíduo ainda é visto como importante no mundo todo.

Sendo o ambiente familiar responsável pelo desenvolvimento do indivíduo com transtorno mental, onde estes criam laços afetivos, desenvolvem seus valores, suas culturas. Visto que a família é responsável por buscar apoio na equipe de saúde, trabalhar com estas é um componente essencial (RODRIGUES; PALMA, [20- -]).

CONCLUSÃO

Foram alcançados os objetivos do presente trabalho, no sentido de abordar a relevância da relação familiar para a qualidade de vida de pessoas com doença mental, onde pode ser observado que a família é fundamental para a melhora na qualidade de vida dos indivíduos. Foi apresentado de forma breve o processo histórico da doença mental através da evolução e importância da reforma psiquiátrica nesse sentido. Demonstrou-se que a família de pessoas que possuem transtornos mentais apresentam diversos anseios em acordo com as situações vivenciadas, e foi expresso a importância da família dentro do processo de saúde mental.

Não se pode negar que o processo histórico da saúde mental causou grande influência na sociedade, inclusive ao que se refere a crescente reforma psiquiátrica, com quebras de paradigmas e desinstitucionalizações, assim também a família estava inserida como participante neste processo que foi se modificando ao longo do tempo.

O relacionamento das pessoas com deficiência e seus familiares são permeados de dificuldades, principalmente se analisados desde os primórdios dessa relação, com a chegada de alguém que é visto como diferente ao longo da construção histórica na sociedade, isso faz com que cada um da família tenha uma reação, seja de não aceitação ou de aceitação dessas pessoas que estão tentando se inserir no contexto familiar.

A família com indivíduos que tem deficiência intelectual lida com mudanças em sua estrutura psíquica de desequilíbrio emocional, o apoio a família é fundamental para a qualidade dos relacionamentos do sistema. O acompanhamento psicológico pode ser uma ferramenta de grande contribuição para amenizar o sofrimento e as ansiedades causadas nos pais, que não sabem o que esperar de uma situação nova a ser vivenciada.

Avaliar a qualidade da interação das famílias implica na adoção de múltiplos fatores, visando à saúde mental familiar. A união da família e sua organização contribuem de forma significativa no bom funcionamento familiar e social como um

todo, quando todos participam e se organizam para buscar um melhor funcionamento de suas relações.

Sabe-se que o primeiro contato que o indivíduo possui é na maioria das vezes com a família, sendo este um ambiente favorável para seu desenvolvimento pessoal e social. Diante da realidade vivenciada pelas famílias de pessoas com doença mental e as transformações a que são submetidas, evidencia-se a importância em garantir a essas famílias a melhoria na qualidade de vida.

Com isso a visão voltada para a família e a sua contribuição no campo da saúde mental se encontra em desenvolvimento, trazendo subsídios para o que foi explanado na teoria. Buscou-se a posterior da realização desse trabalho destacar a necessidade do apoio da equipe de saúde para a família. Espera-se também que o mesmo contribua para a sensibilização social em relação à necessidade de políticas que busquem um olhar voltado para tais demandas sociais.

REFERÊNCIAS

ANDREOLI, Sérgio Baxter et al. Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 836-844, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000300021&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 abril 2015.

BAPTISTA, Ana de Pina. **A integração do portador de transtorno mental na família**. 2011. 86f. Monografia (Licenciatura). Universidade Jean Piaget de Cabo Verde. Santiago. Disponível em: <<http://bdigital.unipiaget.cv:8080/jspui/bitstream/10964/284/1/Ana%20Baptista.pdf>>. Acesso em: 05 novembro 2015.

BORBA, Letícia de Oliveira; SCHWARTZ, Eda; KANTORSKI, Luciane Prado. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 588-594, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002008000400009&script=sci_abstract&tling=pt>. Acesso em: 22 abril 2015.

BORBA, Letícia de Oliveira.; PAES, Marcio Roberto.; GUIMARÃES, Andréa Noeremberg.; LABRONICI, Liliana Maria.; MAFTUM, Mariluci Alves. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. **Rev. Esc Enferm USP**. São Paulo, v.2, n. 45, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a19.pdf>>. Acesso em: 22 abril 2015.

BORBA, Letícia de Oliveira. **Vivência familiar de tratamento da pessoa com transtorno Mental em face da reforma psiquiátrica**. Curitiba, 2010. Disponível em: <http://dspace.c3sl.ufpr.br:8080/dspace/bitstream/handle/1884/24485/LETICIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 01 outubro 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção básica programa de saúde da família**. Brasília, 2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_n1_p1.pdf>. Acesso em: 29 julho 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 15 julho 2015.

CARVALHO Inaiá Maria Moreira; ALMEIDA, Paulo Henrique. Família e proteção social. **SÃO PAULO EM PERSPECTIVA**. v.17, n. 2, p.109-122, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v17n2/a12v17n2.pdf>>. Acesso em: 05 agosto 2015.

COBB, H. V.; MITTLER, P. Diferenças significativas entre deficiência e doença mental. **Rev. SNR**. v. 31, n. 54, p. 12. 2005. Disponível em: <<http://www.cursosavante.com.br/cursos/curso526/conteudo7352.pdf>>. Acesso em: 05 julho 2015.

COLVERO, Luciana de Almeida; IDE, Cilene Aparecida Costardi; ROLIM, Marli Alves. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, p. 197-205, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n2/11.pdf> >. Acesso em: 05 agosto 2015.

FEUERWERKER, Laura C. M.; MERHY, Emerson Elias. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev. Panam Salud Publica**. Rio de Janeiro, v.3, n. 24, 2008. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n3/a04v24n3.pdf>>. Acesso em: 22 abril 2015.

FORTUNA, Gustavo Vasconcelos; BATISTA, Maxileandro dos Santos. **A história da saúde mental: uma breve reflexão teórica**. Barbacena, 2012. Disponível em: <<http://www.unipac.br/site/bb/tcc/tcc-8b94cfbb190f9559619ce29ace57381b.pdf>>. Acesso em: 07 agosto 2015.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Editora Perspectiva S. A., 1978.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª edição. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

GÓIS, Tatiana Barreto; SANTOS, Silvia Cardoso Alves; SANTOS Elisabete Oliveira. O Serviço Social como mediador na ressocialização de portadores de necessidades especiais. Mediador na ressocialização de portadores de necessidades especiais. **Rev. Vozes dos Vales da UFVJM**. [s.v] n. 2. 2012. Disponível em: <http://site.ufvjm.edu.br/revistamultidisciplinar/files/2011/09/OSERVI%C3%87OSOCI%20ALCOMOMEDIADORNARESSOCIALIZA%C3%87%C3%83ODEPORTADORESDE-NECESSIDADES-ESPECIAIS_tatiana.pdf >. Acesso em: 20 setembro 2015.

JORGE, Maria Salete Bessa; FREITAS, Consuelo Helena Aires; LUZ, Priscilla Mesquita; CAVALEIRO, Laura Martins Mendes; COSTA, Rachel Franklin. Enfermagem na atenção sistemática de saúde à família de pessoas com transtorno mental: estudo bibliográfico. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 9, n. 1, p. 129-136. 2008. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/533/pdf>>. Acesso em: 25 agosto 2015.

MORENO, Vânia; ALENCASTRE Márcia Bucchi. A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. **Rev. Escola Enfermagem da USP**. São Paulo, v.2, n. 37, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n2/06>>. Acesso em: 10 setembro 2015.

MOURA, Leonice; VALÉRIO, Naiana. A família da criança deficiente. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**. São Paulo, v. 3, n. 1, 2003. Disponível em: <http://www.mackenzie.br/fileadmin/Graduacao/CCBS/PosGraduacao/Docs/Cadernos/Volume_11/SouzaSilva_e_Torres_v_11_n_1_2011.pdf>. Acesso em: 22 abril 2015.

NAVARIN, Vanessa; HIRDES, Alice. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, out-dez; 17(4): 680-8, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/08.pdf>>. Acesso em: 02 outubro 2015.

PEREIRA, Maria Alice Ornellas.; JUNIOR, Alfredo Pereira. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. **Rev Esc Enferm USP.** São Paulo, v.4, n.37, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n4/11.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2015.

PEREIRA, Maria Alice Ornellas. Representação da doença mental pela família do paciente. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.** São Paulo, v7, n12, p.71-82, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v7n12/v7n12a05.pdf>>. Acesso em: 05 novembro 2015.

RODRIGUES, Aline; PALMA, Domingos Luiz. **A influência da inclusão da família no processo terapêutico de pacientes com transtornos mentais atendidos pelo centro de atenção psicossocial em uma cidade do meio-oeste catarinense.** Santa Catarina, p. 20. Disponível em: <<http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wpcontent/uploads/2015/01/ArtigoAlineRodrigues1.pdf>>. Acesso em: 05 novembro 2015.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. Famílias na rede de saúde mental: um breve estudo esquizoanalítico. **Psicologia em Estudo,** Maringá, v. 11, n. 2, p. 305-314, mai./ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a08.pdf>. Acesso em 28 novembro 2015.

ROSSET, S. M. **O casal nosso de cada dia.** Minas Gerais: Artesã Editora Ltda. 2014.

SANTIN, Gisele.; KLAFKE, Teresinha Eduardes. A família e o cuidado em saúde mental. **Rev. Escola de Enfermagem da USP.** Santa Cruz do Sul. n.34, 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/barbaroi/n34/n34a09.pdf>>. Acesso em: 14 junho 2015.

SILVA, Simone Ferreira; DINIZ, Janeide Antão; SANTOS, Benedita Solange Pereira. **Política pública em saúde mental: da inclusão familiar do Portador de transtorno mental ao provimento de cuidados.** Disponível em: <<http://www.cchla.ufrn.br/cnpp/pgs/anais/Artigos%20REVISADOS/POL%C3%8DTICA%20P%C3%9ABLICA%20EM%20SA%C3%9ADE%20MENTAL%20DA%20INCLUS%C3%83O%20FAMILIAR%20DO%20PORTADOR%20DE%20TRANSTORNO%20MENTAL%20AO%20PROVIMENTO%20DE%20CUIDADOS.pdf>>. Acesso em: 27 outubro 2015.

SILVEIRA, Lia Carneiro; BRAGA, Violante Augusta Batista. Acerca do Conceito de Loucura e Seus Reflexos na Assistência de Saúde Mental. **Rev Latino-am Enfermagem.** Ceará, v.4, n. 13, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a19.pdf>>. Acesso em: 05 junho 2015.

SILVEIRA, Fernando de Almeida; SIMANKE, Richard Theisen. A psicologia em História da loucura de Michel Foucault. Fractal: **Revista da psicologia**, Niterói: Universidade Federal Fluminense, v. 21, n. 1, p. 23-42, jan./abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198402922009000100003>. Acesso em: 20 novembro 2015.

SOUZA, Rozemere Cardoso; SCATENA, Maria Cecília Moraes. Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 13, n.2, p.173-9, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n2/v13n2a07.pdf>>. Acesso em: 05 novembro 2015.

SPADINI, Luciene Simões; SOUZA, Maria Conceição Bernardo de Mello e. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.1, n. 40, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a17v40n1.pdf>>. Acesso em: 22 junho 2015.

TRAJANO, Ana Rita Castro; SILVA, Rosemeire. Humanização e reforma psiquiátrica: a radicalidade ética em defesa da vida. **Polis e Psique**. V.2. 2012. Disponível em: <<file:///C:/Users/Fernanda/Downloads/40318-162542-1-PB.pdf>>. Acesso em: 02 outubro 2015.

VIANA, Camila Santos. ALMEIDA, Andréia Cristina S. Estigmas e preconceitos acerca da pessoa com transtorno mental. In. **Seminário integrado**. São Paulo, v.20, n. 104. Disponível em: <<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/SeminarioIntegrado/article/viewFile/2882/2660>>. Acesso em: 02 outubro 2015.