



CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS

Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 3.607, de 17/10/05, D.O.U. nº 202, de 20/10/2005
ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL

Karla Lúcia Ferré Lagares

O PAPEL DA FAMÍLIA NOS CUIDADOS COM A PESSOAL EM SOFRIMENTO
PSÍQUICO

PALMAS - TO
2015

Karla Lúcia Ferré Lagares

O PAPEL DA FAMÍLIA NOS CUIDADOS COM A PESSOAL EM SOFRIMENTO
PSÍQUICO

Trabalho de Conclusão de Curso II (TCC II)
elaborado e apresentado como requisito para
obtenção do título de Bacharel em Psicologia pelo
Centro Universitário Luterano de Palmas
(CEULP/ULBRA).

Orientadora: Dra. Jaci Augusta Neves de Souza.

PALMAS - TO

2015

Lagares, Karla Lúcia Ferré

O papel da família nos cuidados com a pessoa em
173p sofrimento psíquico / Karla Lúcia Ferré Lagares - Palmas, 2015
61 fls.29 cm.

Orientação: Prof^ª. Dra. Jaci Augusta Neves de Souza
TCC (Trabalho de Conclusão de Curso) Psicologia -
Centro Universitário Luterano de Palmas. 2015

1. Família. 2. Saúde mental. 3. Sofrimento psíquico. I.Souza,
Jaci Augusta Neves de II. Título. III. Psicologia .

CDU: 159.9

Dados Internacionais da Catalogação na Publicação

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária – Maria Madalena Camargo – CRB-8/298

Karla Lúcia Ferré Lagares

O PAPEL DA FAMÍLIA NOS CUIDADOS COM A PESSOAL EM SOFRIMENTO
PSÍQUICO

Trabalho de Conclusão de Curso II (TCC II)
elaborado e apresentado como requisito para
obtenção do título de Bacharel em Psicologia pelo
Centro Universitário Luterano de Palmas
(CEULP/ULBRA).

Orientadora: Dra. Jaci Augusta Neves de Souza

Aprovado em: ____/____/____

Banca examinadora:

Prof. Dra. Jaci Augusta Neves.
Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Prof. Esp. Lauriane dos Santos Moreira
Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Prof. Dra. Irenides Teixeira
Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

PALMAS - TO

2015

DEDICATÓRIA

À Deus, por me ter concedido fé e saúde, o que me fez não desistir do meu sonho. Aos meus avós Zico e Cleusa; e a minha mãe Beatriz, por acreditarem no meu potencial e por permanecerem presentes nos momentos mais difíceis e nos mais gratificantes dessa jornada. E ao meu pai Carlúcio que onde estiver, permaneceu ao meu lado. Vocês são o meu Porto Seguro.

AGRADECIMENTOS

Agradecimento especial a minha família Lagares, que sempre apostou no meu potencial e acreditou no sucesso da minha graduação.

Aos meus professores, que fizeram parte da minha jornada acadêmica. Agradeço por todo conhecimento repassado, dicas, orientações e críticas que contribuíram com a minha evolução acadêmica.

Agradeço aos meus queridos amigos e colegas que demonstraram o valor da amizade, principalmente pela convivência no dia a dia e aqueles que não foram presente cotidianamente, mas que de alguma forma ofereceram mensagens de carinho, força, apoio e suporte.

Agradeço ainda, a todos que diretamente ou indiretamente estiveram presentes em vida e contribuíram para que eu concluísse esta etapa.

EPÍGRAFE

“O louco”

Perguntais-me como me tornei louco. Aconteceu assim: Um dia, muito tempo antes de muitos deuses terem nascido, despertei de um sono profundo e notei que todas as minhas máscaras tinham sido roubadas – as sete máscaras que havia confeccionado e usado em sete vidas – e corri sem máscaras pelas ruas cheias de gente, gritando: ‘Ladrões, ladrões, malditos ladrões!’. Homens e mulheres riram de mim e alguns correram para casa, com medo de mim. E quando cheguei à praça do mercado, um garoto trepado no telhado de uma casa gritou: ‘É um louco!’. Olhei para cima, para vê-lo. O sol beijou pela primeira vez minha face nua. Pela primeira vez o sol beijava minha face nua, e minha alma inflamou-se de amor pelo sol, e não desejei mais minhas máscaras. E, como num transe, gritei: ‘Benditos, benditos os ladrões que roubaram minhas máscaras!’ Assim me tornei louco. E encontrei tanta liberdade como segurança em minha loucura: a liberdade da solidão e a segurança de não ser

compreendido, pois aquele desigual que nos compreende escraviza alguma coisa em nós.

KHLIL GIBRAN

RESUMO

LAGARES, Karla Lúcia Ferré Lagares. Proposta de pesquisa bibliográfica como tema central em: **O papel da família nos cuidados com a pessoa em sofrimento psíquico**. 2015. 61 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de Psicologia, Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas/TO, 2015.

O conceito de família vem mudando conforme as mudanças sócio-político-econômicas e culturais que vivencia a sociedade. Ao longo de cada época, a família passou por diversas mudanças. A família contemporânea é compreendida muito mais do que um grupo com os mesmos laços consanguíneos, é um grupo que é legado a proporcionar bem-estar, segurança, afeto, para que a pessoa possa ter um adequado desenvolvimento psicossocial. Caso contrário, o indivíduo encontrará dificuldade para lidar com situações adversas, tendo maior probabilidade de adoecer psiquicamente. O presente trabalho apresenta uma pesquisa exploratória de caráter qualitativo e procedimento bibliográfico, com objetivo geral de evidenciar a importância da família para a pessoa em sofrimento psíquico. O trabalho se desenvolveu a partir da revisão bibliográfica. A pesquisa constatou a prevalência de vários estudos valorizando o papel da família enquanto produtora do cuidado da pessoa em sofrimento psíquico. Pôde-se observar que o sofrimento psíquico tem extensão na família, que, por sua vez, sofre em conjunto com seus pares. Um dos agravantes apontados pelo estudo é a falta de suporte por parte dos profissionais de saúde que nem sempre estão preparados para lidar com a complexidade das demandas de saúde mental. Cada família é única e tem ferramentas diversificadas para lidar e compreender as situações que geram desequilíbrios, mais que podem resultar em maior comprometimento com a reabilitação do sujeito em sofrimento psíquico, ou não.

PALAVRAS-CHAVES: Família; Saúde Mental; Sofrimento Psíquico.

ABSTRACT

LAGARES, Karla Lúcia Ferré Lagares. This Bibliographic research has proposed the major theme based on: **The role of the family in caring for the person in psychological distress**. 2015. 61 f. Term paper (Graduation) – Psychology Course. Lutheran University Center of Palmas. Palmas/TO, 2015.

The concept of family is changing as the socio-political and economic changes and cultural experiences society. Throughout each time, the family has gone through several changes. The contemporary family is comprised much more than a group with the same consanguineous ties, is a group that is bequeathed to provide well-being, security, affection, so that one can have a proper psychosocial development. Otherwise, the individual will find it difficult to deal with adverse situations, and more likely to fall ill psychically. This paper presents an exploratory study of qualitative and bibliographic procedure, with the general aim of highlighting the importance of the family for the person in psychic suffering. The work was developed from the literature review. The survey found the prevalence of several studies highlighting the role of the family as a producer of the person's care in psychological distress. It was observed that the psychological distress has an extension in the family, which, in turn, suffer together with their peers. One of the aggravating factors identified by the study is the lack of support from health professionals who are not always prepared to deal with the complexity of mental health demands. Each family is unique and has diversified tools to handle and understand the situations generate imbalances, the more that can result in greater commitment to the rehabilitation process in psychological distress or not.

KEY WORDS: Family. Mental health. Psychological Distress.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Pesquisas em artigos nacionais 1995 a 2015.	38
Tabela 2 - Classificação dos artigos	57
Tabela 3 - Dissertações e Teses	60
Tabela 4 - Legislação e Cartilha	61
Tabela 5 - Livros	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEULP	Centro Universitário Luterano de Palmas
ULBRA	Universidade Luterana do Brasil
OMS	Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1 O Sofrimento Psíquico	17
2.2 - A Família	21
2.2.1 <i>Os Cuidados da Família com a Pessoa em Sofrimento Psíquico</i>	26
3 METODOLOGIA	35
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS	54
7. APÊNDICES	57
7.1 APÊNDICE A	57
7.2 - APÊNDICE B	60
7.3 - APÊNDICE C	61
7.4 - APÊNDICE D	61

1 INTRODUÇÃO

A forma como se compreende a pessoa em sofrimento psíquico é fruto de um conjunto de formulações arquitetadas pela sociedade que a cada época passa por mudanças sociais, que refletem na maneira de ver e compreender o sujeito na sociedade, determinando também as maneiras de ser e agir diante do contexto social. Todas as concepções acerca da pessoa em sofrimento psíquico culminaram em um conjunto de preconceitos, de estigmas e exclusão, gerando consequências devastadoras para o sujeito que se vê sem autonomia e sem seus direitos respeitados.

A loucura é um fenômeno social e, como tal, passou por mutações ao longo do processo histórico. Percepções e intervenções em seu entorno foram adquirindo novos contornos na medida em que emergiram outros elementos na dinâmica social (GOMES, 2015, p.71).

Em virtude dos padrões rígidos da sociedade, direcionando condutas e práticas para o contexto familiar, a instituição familiar se tornou palco para inúmeras críticas e interferências para controlar de comportamentos “aceitáveis”, a instituição que continha algum membro adoecido psiquicamente, ou até mesmo alguém que não correspondia ao padrão de normalidade era percebida como uma família negligente e incapaz de transmitir uma educação moralmente aceita para dominar a vida privada de seus integrantes conforme a normalização exigida socialmente. Mas como a pessoa em sofrimento psíquico não se comportava de acordo com o modo de viver dentro dos princípios regidos pela sociedade, a família se torna responsável pelo adoecimento e logo então o familiar é isolado, sem qualquer comunicação com o mundo exterior e submetida ao tratamento medicamentoso, com tecnologias duras e reeducação moral (MORENO, 2009).

Assim, por muitos anos, a família foi responsabilizada pelo o adoecimento psíquico do familiar, em que a causa alegada pelo adoecimento era a educação falha que não passava valores morais adequados para o convívio em sociedade. Diante disso, o tratamento gerava consequência devastadora para a pessoa em sofrimento, pois rapidamente ela era internada em hospital psiquiátrico e submetida a duras privações, iniciando pelo afastamento do convívio familiar, contudo, perdendo todos seus direitos como cidadão, como pessoa que necessita de afeto e de ser ouvida.

Perante todo o processo histórico, a pessoa em sofrimento psíquico sofreu com o preconceito, a segregação e a violência. Diante desse contexto, torna-se necessário repensar o cuidado com esses sujeitos, buscando práticas que envolvam a família no processo de reabilitação psicossocial, sob uma perspectiva em que a Psicologia possa trabalhar para desestigmatizar sofrimento psíquico como algo violento e/ou perigoso e, assim, fortalecer a família para enfrentar os possíveis desafios.

Moreno e Alencastre (2003, p. 2) certificam que “a família podia ser responsabilizada como causadora de doença na medida em que não tinha controle sobre a educação falha e as paixões insuportáveis que acometiam os pacientes no ambiente familiar”. Por conta disso, a pessoa em sofrimento psíquico foi afastada do convívio social e familiar, mantida em hospitais por longos anos, totalmente negligenciada pelo serviço de saúde que mantinha uma postura de exclusão e despreparo. Até o momento que familiares e profissionais da saúde incomodados com tamanho desrespeito aos direitos humanos reuniram forças e decidiram tornar evidente a realidade dos hospitais psiquiátricos.

Com a reforma psiquiátrica no Brasil, nos anos 1970, teve início um conjunto de reivindicações sociais que cobravam melhorias nas condições sanitárias dos usuários. Familiares de pessoas em sofrimento psíquico e os profissionais da saúde foram grandes precursores dessas reivindicações que esperavam que a saúde fosse palco para reflexões por causa das péssimas condições sanitárias e falta de humanização nos cuidados (GOMES, 2015).

As reivindicações que aconteceram no Brasil, no campo assistencial à saúde, culminaram com o fim dos leitos psiquiátricos. Contudo, houve significativas mudanças nos anos 90, com a construção de políticas públicas a favor dos direitos à pessoa em sofrimento psíquico. Com isso, a família foi convidada a colaborar com a pessoa em sofrimento, se tornando corresponsável no cuidado e no adoecimento, caso não proporcione o ambiente saudável que o proteja e que dar ferramentas que auxilie no seu desenvolvimento psicossocial (BRASIL, 2005).

Amarante (1995) ilustra para a importância da desinstitucionalização da saúde da pessoa em sofrimento psíquico, que foi um método utilizado para tratar o sujeito como um todo dentro de suas condições sociais. Além do mais, reforça que o

tratamento para pessoa em sofrimento psíquico deixa de ser de exclusão, de violência, para então desenvolver práticas que possibilitem a socialização e o respeito à subjetividade da pessoa em sofrimento psíquico, reconhecendo sua identidade e seus direitos.

A desinstitucionalização promove a desconstrução de paradigmas psiquiátricos, promovendo o cuidado e convidando a família para o processo de inserção da pessoa em sofrimento psíquico. Waidman e Elsen (2005) apontam o cuidado como o principal elemento para transformar o modo de viver e sentir o sofrimento da pessoa e sua família no seu cotidiano. “No entanto, cuidar da família dentro da perspectiva de desinstitucionalização significa dar espaço para que ela expresse e trabalhe esses sentimentos e encontre caminhos para viver melhor (ROTELLI, 1990, p. 112-129 *apud* WAIDMAN; ELSEEN, 2005, p. 1)”.

Na visão de Silva (2001, p. 2-3) “o processo de desinstitucionalização proporcionou que pessoas em longos períodos de internação em hospitais psiquiátricos retornassem para o convívio social e familiar”.

Convém ressaltar que a desinstitucionalização é um processo implicado nas transformações culturais e subjetivas da sociedade e depende da pactuação das três esferas de governo (BRASIL, 2005). Foi uma prática advinda da reforma psiquiátrica, a qual promoveu repensar a família como instituição que oferece apoio, segurança e bem-estar para aquele que sofre psicicamente, o contexto familiar é, assim, uma extensão dos serviços que promovem a Saúde Mental, não como culpada pelo adoecimento.

Atualmente, dentre as propostas da política pública de Saúde Mental no Brasil, destaca-se o programa de Volta para Casa instituído pela Lei 10.216 em 6 abril de 2001, que determina a ressocialização do sujeito em sofrimento psíquico.

Este programa faz parte do processo de Reforma Psiquiátrica, que visa reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos; qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar - Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG)- e incluir as ações da saúde mental na atenção básica e Saúde da Família (BRASIL, 2001, p. 4).

O programa foi criado pelo Ministério da Saúde para regulamentar a assistência para a pessoa em sofrimento psíquico no contexto social, portanto oferece auxílio e reabilitação psicossocial da pessoa com histórico de internação

psiquiátrica mais de dois anos (BRASIL, 2001). Volta-se, principalmente, para quem é desprovido do suporte social e dos benefícios que estão garantidos na legislação que proporciona bem-estar social e assegura vínculo trabalhista. No entanto é necessário que haja comprometido da família para que esse programa tenha êxito.

Compreendendo que a família é corresponsável pelo cuidado e pela promoção da saúde mental no contexto familiar, este estudo propõe evidenciar o papel da família no cuidado da pessoa em sofrimento psíquico. Verificando a necessidade de tecermos novos modos de compreender a saúde mental a partir do contexto sócio-político e cultural dos indivíduos, repensando formas de garantir a promoção desta.

Entende-se que, conhecer o cuidado exercido pela família com a pessoa em sofrimento psíquico pode indicar novos modos de cuidados na atenção em Saúde Mental e favorecer suporte para a família lidar com os desafios que venham surgir.

Esta pesquisa fundamenta-se na revisão bibliográfica sobre sofrimento psíquico, revisão histórica sobre a família e o cuidado da mesma na Saúde Mental da pessoa em sofrimento psíquico.

A relevância deste trabalho está em promover a reflexão sobre o cuidado familiar para a saúde mental da pessoa em sofrimento psíquico, visto que o sofrimento psíquico é apontado como um dos maiores problemas de saúde pública na atualidade, afetando além da pessoa, toda a família. Portanto o sofrimento vivenciado não deve ser desmerecido e sim palco para discussão, assim repensar novas práticas de inclusão, apoio e promoção da saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O Sofrimento Psíquico

De acordo com o levantamento do Banco Mundial a depressão, esquizofrenia, distúrbios ansiosos e alcoolismo estão entre as dez doenças mais incapacitantes (SARACENO, 1999, p. 76 *apud* OLIVEIRA; LOYOLA, 2004). São doenças que acometem crianças, jovens e adultos; homens e mulheres; negros e brancos; pobres e ricos. Portanto, não há nenhuma pessoa ou comunidade que esteja livre do adoecimento psíquico.

Dados recentes revelam a prevalência de transtornos mentais na população brasileira:

Segundo dados do Ministério da Saúde, 3% da população sofre de algum transtorno mental grave ou persistente e aproximadamente 12% da população necessita, em algum momento, de atendimento contínuo ou eventual em saúde mental (BINOTTO; AL et al., 2012, p. 2).

Atualmente a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera alguns determinantes que influenciam o surgimento do adoecimento psíquico, como os fatores biológicos, psicológicos e sociais. O fator biológico está ligado à predisposição genética, ou seja, ocorrência de adoecimento psíquico na família podendo ser um desencadeador dependendo do ambiente. A segunda condição determinante é o fator psicológico, que influenciado pelas condições afetivas provenientes da relação familiar do sujeito, pode determinar o desenvolvimento biopsicossocial saudável da pessoa. O fator social diz respeito ao ambiente que o sujeito está inserido, como seu meio socioeconômico, situações de pobreza, violência, desemprego, o uso de substâncias psicoativas, são elementos que fragilizam o indivíduo socialmente, sendo muitas vezes excluídos da sociedade, gerando grande estresse (SANTOS et al., 2010).

Ao debater a respeito do sofrimento psíquico muitas vezes o tema está vinculado a questões sobre normalidade ou adoecimento, induzindo para ideias deterministas, rótulos, estereótipos que caracterizam equivocadamente a pessoa. No entanto, o indivíduo é um ser social e interacionista que está em constante mudança. Dessa maneira ao discutir o que vem a ser patológico ou não em saúde mental é necessário compreender a pessoa em sofrimento em toda sua singularidade (FELLIPI, 2012).

A norma, socialmente estabelecida, é um recurso disciplinador das relações sociais. O normal aqui entendido corresponde, tão somente, a um determinado critério estatístico, que se estabelece a partir do que é avaliado como desejável por uma parcela da sociedade em um determinado período. Já o anormal corresponde à negação lógica, anterior à norma. É, portanto, ao contrário do normal, o que vai de encontro ao socialmente pactuado e estabelecido (TENDLARZ; GARCIA, 2008 *apud* JUNIOR; CORREIA, 2014, p. 44).

A loucura ou a doença mental passou a ser definida a partir do século XVIII, e conforme afirma Melman (2006) sempre foi associada a uma dimensão negativa, estranha e que desestabiliza o comportamento do indivíduo.

A priori a loucura nem sempre foi vista como algo negativo, muito menos como uma doença, na Grécia antiga ela já foi considerada um privilégio para poucos. Alguns importantes e renomados filósofos como Platão e Sócrates acreditavam que a loucura era algo divino, e que através do delírio a pessoa privilegiada podia ter acesso a verdades divinas. No entanto, na Idade Média existiam lugares que retiram as pessoas que não se adaptavam com as normas da sociedade (FELTES; HOCH, 2011).

A existência da loucura está presente desde os primórdios das civilizações. Portanto, compreende-se que a loucura foi abordada em cada época de acordo com o entendimento do homem e da sociedade; a autora pontua que na Antiguidade, as alterações da consciência e de comportamento eram entendidas como determinação dos deuses. Na Idade Média, foi compreendida dentro dos aspectos religiosos, sendo a desrazão concebida como culpa pelos pecados do homem (PARPINELI, 2010).

Muitos séculos se passaram até a loucura assumir um lugar de destaque nas sociedades e, conseqüentemente, gerar maior atenção por parte dos estudiosos e pesquisadores. Apenas na idade média começamos a vislumbrar maior preocupação com a loucura, atrelada a um modelo mítico-religioso, com foco em manifestações demoníacas, possessão diabólica, heresias ou castigos divinos. Para o tratamento de tais enfermidades, a prescrição geralmente passava por cultos, orações, jejuns, culminando com o ritual de exorcismo (FOUCAULT, 2004 *apud* CORREIA; VENTURA, 2014, p. 46).

Entende-se que a história da loucura se relaciona com várias mudanças no contexto sócio-histórico-cultural de cada época. Portanto, os significados e reproduções da loucura foram se modificando de acordo com os modos como caracteriza a se sociedade vigente. Para a Felippi (2012) o sofrimento psíquico é um fenômeno onde impera toda a subjetividade existencial, contextual do sujeito, enfim,

uma visão do ser na sua totalidade, como sujeito biopsicossocial e espiritual.

Possivelmente o sofrimento psíquico é fruto de um contexto sociocultural, no qual as interações sociais que determinam as maneiras de ser e de se comportar, e essas tais maneiras impróprias pela sociedade são rotuladas de “anormais”, ou seja, “patologizam” certos comportamentos, estigmatizam e rotulam os “sujeitos anormais” (FILLIPI, 2012).

A doença psiquiátrica exerce um forte efeito negativo na vida de uma pessoa que, além de ter de suportar, durante certo tempo, os sofrimentos causados pelos próprios sintomas da doença, tem de suportar o distanciamento dos familiares, a perda, por muitas vezes, da sua fonte de recursos, o distanciamento social e, na maioria das vezes, a solidão (OLIVEIRA; LOYOLA, 2004, p. 213).

No entanto, conforme algumas transformações que vêm ocorrendo no campo da saúde em relação ao entendimento sobre a saúde mental, a psiquiatria contribuiu para ampliar a visão sobre o indivíduo e seu contexto, compreendendo que o sujeito é determinado por multifatores como psicológico, ambiental, biológico, econômico e cultural que estão inter-relacionados, que determinam seu bem-estar, não se restringindo apenas à fundamentação do sofrimento psíquico como doença localizada no corpo (modelo biológico), mas a toda existência do ser (FELLIPI, 2012).

O estigma construído em torno do sofrimento psíquico começa ser repensado, como afirma Jorge e Bezerra (2004) asseguram que as antigas percepções sobre adoecimento psíquico determinavam a identidade social da pessoa em sofrimento psíquico e com isso eram sujeitados em classificações dos códigos da loucura, gerando um problema de ordem socioeconômica preocupante, já que os tratamentos não contemplavam possibilidades de habilitação.

O sofrimento psíquico é considerado como um dos maiores problemas de saúde pública na atualidade, afetando, além da pessoa, toda a família, gerando inúmeras mudanças na dinâmica familiar. O impacto pode se revelar diante do sentimento de tristeza, preocupação, culpa ou incomodo, podendo gerar uma sobrecarga, comprometendo de maneira significativa a saúde, o trabalho, as relações interpessoais entre seus integrantes e também com outros. Ainda há de se considerar as mudanças significativas na rotina e os fatores financeiros (SANTOS et al., 2010).

O sofrimento psíquico é considerado como uma barreira que impede o indivíduo de se relacionar com o meio que está inserido, sendo muitas vezes privado de sua liberdade e direitos. Isso se dá em função da falta de compreensão que se tem da pessoa em sofrimento psíquico, que é rotulado de violento/perigoso (ALMEIDA et al., 2011).

Além do mais, o referido autor destaca a possibilidade de maior compreensão da pessoa em sofrimento, como meio fundamental para modificar questionamentos discriminatórios:

Modificar, desconstruir ideologias, crenças e valores em relação a patologias mentais, utilizando princípios norteadores do processo de transformação institucional através da Reforma psiquiátrica, Lei n.º 10.216 instituída em 06 de abril de 2001, que tem como proposta transformar o modelo assistencial de Saúde Mental através da construção de um novo estatuto social para pessoas portadoras de transtornos mentais respeitando os princípios fundamentais de cidadania (MURTA, 2006 *apud* ALMEIDA et al., 2011, p.1).

Rodrigues e Figueiredo (2003, p. 8) em uma visão mais sucinta sobre o sofrimento psíquico, afirmam como:

Um período ou fase, constituída por dificuldades da pessoa. Este tempo ora é considerado como efeito de fatores que podem ser biológicos (orgânicos), ora é um período oriundo da desestruturação das relações familiares, ou mesmo, dificuldades da própria pessoa em lidar com sua subjetividade e os relacionamentos.

A Lei 10.216 estabelecida em 2001 marcou um período de profunda transformação no campo de assistência à saúde no Brasil, legitimando o processo da Reforma Psiquiátrica, defendendo a proteção dos direitos das pessoas com transtorno mental e a construção de uma rede de cuidados aberta, em oposição ao modelo hospitalocêntrico (BRASIL, 2005).

Pode-se concluir que o entendimento que se tem do sofrimento psíquico é fruto das transformações socioculturais que aconteceram ao longo do processo histórico, refletidos na sociedade, as quais delimitam maneiras de ser e agir dos sujeitos, sendo um parâmetro para produzir conceitos de normalidade e por consequência determinar as “anormalidades”. Sendo assim, quando determinada pessoa não segue o modelo exigido pelos parâmetros da sociedade é rotulada de anormal e logo era excluída do convívio familiar e da sociedade, causando ainda mais sofrimento para o doente, que logo tinha seus direitos negados.

Portanto, é necessário elaborar intervenções que sejam capazes de diminuir a exclusão, os preconceitos e trabalhar para entender o sofrimento do outro sem procurar uma causa ou a cura e convidar a família para o cuidado da pessoa em sofrimento, ao mesmo instante proporcionando espaço para que a família possa ser ouvida e receba suporte da equipe de assistência à saúde.

2.2 - A Família

A família é considerada como a primeira instituição social, no entanto a instituição familiar nem sempre fez parte do processo histórico da sociedade. De acordo com Kreppner (2000) a família é uma instituição recente que em parceria com outras instituições como a Igreja e o Estado, buscam garantir o bem estar dos seus membros e da sociedade, proporcionando proteção. É também considerada como um grupo social responsável pela transmissão de valores, crenças, ideias e significados presentes na sociedade.

De modo similar Fabrino (2012, p. 19) define o conceito de família:

Como a unidade social mais antiga e mais importante a que se tem notícia, a família possui diversas formatações e funções; é uma instituição milenar que vem garantindo a organização social e a reprodução de costumes e valores. São formadas por relações conjugais (casamento e filhos) ou consanguíneas (parentesco).

A família é entendida como uma unidade social ou grupo social, que proporciona um espaço de convivência, possibilitando o desenvolvimento de seus membros. No entanto, cada grupo familiar possui suas características e cada membro possui funções, que são historicamente construídas e redefinidas (NEVES et al., 2006).

A família é também considerada uma das instituições sociais básicas, não competindo a ela o papel de manter a sobrevivência da espécie humana, mas fundamentalmente de proporcionar proteção, como afirma Gomes (2012) que, mais a frente disso, considera que a família também tem o papel de “socialização dos seus membros, de transmissão cultural e econômica, de estabelecimento das relações de gênero, de fomentação da solidariedade entre gerações, além de outras funções” (GOMES, 2012, p.4).

Percebe-se que a compreensão do que vem a ser família é conflitante, pois, como se percebe, o seu conceito varia de acordo com as mudanças que ocorrem na sociedade vigente, que define os parâmetros desta instituição, perante sua importância e a sua influência na vida dos indivíduos. O

conceito e a estrutura familiar vêm se modificando ao longo das décadas, e é importante mencionar alguns fatos históricos sobre sua evolução para compreendermos toda sua importância para o desenvolvimento do indivíduo e para a sociedade moderna.

A partir do século XVII, período da Idade Média, quando inicialmente a família confinava a criança a um mestre que deveria ensinar e servir bem seus cuidadores. Essa organização que a família exercia era considerada como uma forma de aprendizagem para crianças viverem na sociedade. Portanto as famílias tinham a função de enviar a criança para outras casas, permanecendo ou não em contato com as mesmas, para que fossem independentes e começassem suas vidas (ARIÈS, 2011 *apud* FABRINO, 2012).

Tanto os meninos como as meninas eram enviados para casa de outras pessoas para ali fazerem o serviço pesado. Nesse local, as crianças permaneciam cerca de sete a nove a anos. Elas eram chamadas de aprendizes. Durante esse tempo, desempenhavam todas as tarefas domésticas. Praticamente todas as famílias, independentemente da sua fortuna, enviavam seus filhos para outras casas, enquanto recebiam seus próprios lares crianças alheias (MELMAN, 2006, p. 41).

Igualmente Áries (1981, p. 271) esclarece sobre o funcionamento da família medieval:

Essa evolução da família medieval para a família do século XVII e para a família moderna durante muito tempo se limitou aos nobres, aos burgueses, aos artesãos e aos lavradores ricos. Ainda no início do século XIX, uma grande parte da população, a mais pobre e mais numerosa, vivia como as famílias medievais, com as crianças afastadas da casa dos pais.

A estrutura familiar centrada na afeição e na intensificação das relações entre pais e filhos na privacidade de suas casas, são comportamentos que se tornaram nítidos a partir do século XVII na Europa (MELMAN, 2006).

No entanto, é no século XX que a família apresenta novas mudanças na estrutura e distribuição de papéis delegados a cada membro, influenciada por fatores sócio-político-culturais, como a inserção da mulher no mercado de trabalho, ajudando na renda familiar, acarretando variações nos contextos familiares. Porém a

família torna-se mais complexa e flexível do que nos tempos anteriores (DESSEN; POLONIA, 2007).

Além das mudanças na sociedade que impulsionaram mudanças no seio familiar, com as novas configurações o grupo familiar torna-se o responsável por transmitir valores e afetividade. Esta atribuição passa a ser bastante valorizada, pois se acredita que o papel da família em transmitir afeto proporcione ao indivíduo formas de lidar com os enfrentamentos diários, assim sendo capaz de se reconstruir novamente. Dessen e Polonia (2007, p. 25) alegam que: “os laços afetivos asseguram o apoio psicológico e social entre os membros familiares, ajudando no enfrentamento do estresse provocado por dificuldades do cotidiano”.

No que diz respeito à transmissão de afeto e valores, torna-se uma característica da família moderna, que a diferencia de outras instituições como o Estado e a Igreja. A família apresenta um progresso na vida privada dos indivíduos, assumindo um papel fundamental na sociedade, buscando zelar pela integridade dos seus membros.

O modelo familiar nuclear burguês foi estabelecido pela sociedade moderna como padrão a ser seguido, acreditando que a família tinha a obrigação de transmitir valores e regras de convivência para harmonizar a sociedade. É um modelo que configurou como o “ideal”, ou seja, parâmetro para manutenção da “ordem e dos bons costumes” de toda a sociedade.

A família então é vista como uma instituição importantíssima, pois estabelece para sociedade condutas que buscam zelar pelo bem-estar de todos. Porém quando algumas famílias não seguem o padrão ditado pela sociedade contemporânea são consideradas como famílias desestruturadas ou incompletas.

A configuração da família formada pela mulher dona de casa e o marido provedor financeiro é a mais defendida na sociedade, segundo Loyola e Oliveira (2004, p. 2) essa “concepção se apresenta invasivamente pela mídia, pelo discurso das instituições e dos profissionais, e é apresentada não só como a forma correta de viver em família, mas também como um valor em si”. Portanto os meios de comunicação, e as instituições valorizam “família perfeita”, discriminando outros moldes familiares que não seguem o padrão.

Outra mudança que contribuiu para nova configuração familiar foi à inserção da mulher no mercado de trabalho. Elas passaram a serem membros mais independentes dentro do grupo familiar ao contribuir assiduamente com a renda, tendo papel mais assíduo na sociedade. O que também engrenou esta nova configuração foi à inserção das crianças cada vez mais cedo na escola, ficando a cargo da escola o papel de também transmitir valores e não apenas conhecimento (FABRINO, 2012).

Por conta dessas mudanças na sociedade, Oliveira (2009) afirma que nos anos 1960 havia algumas críticas contra a família, pois ela não exercia sua função diretamente de educar e cuidar dos filhos. Ela passa a ser considerada uma instituição em extinção, pois ficava a cargo de outras instituições assumirem papéis até então destinados aos pais, pois as crianças permaneciam muito mais tempo fora de casa e passavam menos tempo com a sua família.

As inúmeras transformações desde o período da Idade Média até a sociedade moderna provocaram mudanças na estrutura familiar, influenciando o ideal de família nuclear burguesa (pai-mãe-filhos), como também sua grande relevância para o desenvolvimento do sujeito, ficando mais evidente seu papel de transmissão de afeto na sociedade contemporânea.

Gomes da Silva (2012) concorda sobre a relevância do contexto contemporâneo para o fortalecimento do vínculo afetivo, pois as novas estruturas familiares possibilitaram uma abertura clara e crescente para os novos modelos de reorganização adequados ao ambiente contemporâneo e ao sujeito.

Apesar de as famílias atuais terem sido pautadas nesse modelo, elas vêm tomando feições próprias. Cada família tem sua própria dinâmica, seu *modus operandi*. Cria-se uma cultura familiar própria, com seus códigos, com uma sintaxe própria para se comunicar e interpretar comunicações, com suas regras, seus ritos e seus jogos emocionais. Existem muitas concepções de família que tentam explicar essa rede social complexa. Cada conceito é pautado em uma linha de pensamento diferente, e, nem por isso menos importante (OLIVEIRA; LOYOLA, 2004, p. 2).

Oliveira (2009, p. 2) assegura que:

Existe uma radical mudança na composição familiar, nas relações de parentesco e na representação de tais relações na família. Tal representação tem seu fundamento direto na transformação da configuração familiar e também nas relações sociais, ocasionando impacto profundo na construção da identidade de cada componente no interior da família. Essa construção da identidade irá rebater nas relações sociais ampliadas, não somente no seio familiar.

Em síntese pode-se dizer que as transformações socioeconômico-culturais, arquitetadas na segunda metade do século XX e reconstruídas nesse início do século XXI, redefiniram os novos laços familiares (OLIVEIRA, 2009). Também, entende-se que a presença da afetividade dentro das relações familiares é um dos aspectos marcantes na instituição familiar contemporânea diferenciando-a dos outros modelos de estruturas mais rígidas e inflexíveis nas relações familiares anteriores. Por conta dessas mudanças socioeconômicas, ao longo dos séculos o modelo familiar contemporâneo possibilitou formar diversos arranjos familiares, como por mães independentes, pais separados, pais homossexuais, ou seja, uma infinidade de moldes de famílias. Portanto, a família é uma instituição com diversas formas e maneiras, capaz de agregar todo e qualquer sujeito.

Sendo assim, Petzold (1996 *apud* DESSEN; POLONIA, 2007, p.3) defendem que a família é:

Composta por uma complexa e dinâmica rede de interações que envolve aspectos cognitivos, sociais, afetivos e culturais, a família não pode ser definida apenas pelos laços de consanguinidade, mas sim por um conjunto de variáveis incluindo o significado das interações e relações entre as pessoas.

As transformações no meio familiar são resultados das modificações na sociedade. Do mesmo modo que as transformações possibilitaram formar novos arranjos familiares, elas também podem causar confusão de papéis entre os membros de um mesmo núcleo familiar (OLIVEIRA, 2009).

Para Fabrino (2012) o atual conceito de família está centrado no afeto como elemento agregador.

Através das relações de afeto desenvolvemos as melhores capacidades, reativamos habilidades natas, transformamos nossa personalidade e retificamos nossos traços de caráter que precisam ser realinhados. Os pais tem o dever de educar e criar os filhos sem negar-lhes atenção necessária para a formação da personalidade (p.20).

A partir das observações de Oliveira (2009) apresenta-se um novo olhar perante as transformações na sociedade que infiltraram dentro da família se percebe um tom de alerta, ou talvez, para ter mais cautela diante das relações familiares. Portanto o autor esclarece a necessidade de delimitar papéis e funções para cada membro no contexto familiar, no entanto é imprescindível que a família assegure a afetividade, pois é um importante componente para desenvolvimento afetivo e social

da pessoa.

Já Fabrino (2012) exalta o afeto como um aspecto fundamental da família contemporânea que só traz benefícios para todo o grupo, mais principalmente para formação da personalidade do indivíduo.

Fica claro que a família é o primeiro espaço de interação social do indivíduo, onde absorvem valores, sabedorias e constituem seus laços de afetividade, que darão subsídios para se desdobrar no mundo e encarar as adversidades. É um espaço onde as pessoas devem ter um papel e aprender a regras e valores para viver em conjunto, mas também a família deve ser um espaço que proporcione bem estar e segurança.

No entanto, é necessário ressaltar que a família contemporânea permite diversas estruturas, o que possibilita diversos modelos de organizações. Portanto cada família é única, ou seja, cada uma percebe a realidade de uma forma diferente, por isso necessitamos respeitar cada modelo, não há um modelo único, as pessoas se organizam na forma como acreditam que seja prudente aos seus valores instituídos.

2.2.1 Os Cuidados da Família com a Pessoa em Sofrimento Psíquico

Em primeiro lugar é fundamental ressaltar o cuidado familiar, reconhecendo-o como principal componente para modificar o modo de viver e sentir o sofrimento da pessoa em sofrimento psíquico e sua família no seu dia-a-dia (WAIDMAN; ELSEN, 2005).

A família é considerada grande responsável por manter o bem estar psicológico de cada membro, buscando alcançar estabilidade nas relações familiares. Assim pontua Oliveira (2009, p. 73):

[...] As trocas afetivas no contexto familiar podem definir as direções do modo de ser com os outros afetivamente e também com as ações que cada membro realizará, configurando-se de diferentes maneiras, deixando marcas que carregarão para a vida toda, construindo, dessa forma, sua identidade. A família, como expressão máxima da vida privada, continua significando lugar da intimidade, construção de sentidos e expressão de sentimentos, em que se apresenta o sofrimento psíquico que a vida põe e repõe. Processa relações necessárias à socialização dos indivíduos, que assim desenvolvem os sentidos de pertença a um campo relacional iniciador de relações includentes na própria vida em sociedade. A socialização que opera é processadora da esfera pública (CARVALHO, 2010 *apud* BARROS, 2012, p. 34).

Dessen e Polonia (2007) sinalizam para importância dos laços afetivos formados dentro da família, particularmente entre pais e filhos, podendo ser aspectos desencadeadores de um desenvolvimento saudável e de padrões de interação positivas que possibilitam o ajustamento do indivíduo aos diferentes ambientes dos quais participa.

De acordo com Osório (1996, p. 27 *apud* ALMEIDA et al., 2011, p. 2):

Os laços familiares, de uma forma ou de outra, continuam ocupando lugar de destaque na maneira com que a maioria de nós vê e vive o mundo; portanto falar de família é enfocar um conjunto de valores que dá aos indivíduos uma identidade e à vida um sentido.

As proposições dos autores visam grifar que a família é de suma importância para a manutenção do bem-estar da pessoa, sendo no contexto familiar o ambiente propício para troca de intimidade e saberes, que vai constituído o indivíduo como um todo e que todas as características que são instituídas serão carregadas para toda a vida, e assim, construindo sua identidade, seu modo de ser e existir no mundo. Ao compreendermos a família como um sistema responsável por um conjunto de características que vão definir o modo de ser e de existir da pessoa, entende-se que dentre a função principal está favorecer espaço de interação para o indivíduo e também proporcionar ambiente de acolhimento, no qual se aprende práticas, conhecimentos, valores, crenças, regras e deveres, que auxiliam para adaptação em diferentes ambientes e desenvolvem mecanismos para enfrentar possíveis desafios cotidianos.

Em contraposição não é possível afirmar que todas as famílias conseguem promover saúde, seja de maneira afetiva ou apresentando valores morais, que contribuem para a inserção social da pessoa em outros ambientes. Assim, nem todas as famílias estão aptas a desenvolver espaços que proporcionam crescimento individual da pessoa e quando isso não acontece elas são consideradas responsáveis por negligenciar a saúde do familiar. A família nem sempre foi vista como agente auxiliadora, por isso, foi considerada responsável por causar adoecimentos de seus membros ao distanciá-lo do seu convívio e do cuidado (LAVALL, 2010).

No século XX, por exemplo, com as várias transformações sociopolíticas e culturais e os avanços de saberes em áreas como a psicanálise e o movimento de

higiene mental, a família passa ser considerada responsável pelas enfermidades de seus membros, sendo culpabilizada pelo surgimento de transtorno mental em um membro da família (SANTINI; KLAFKE, 2011).

Ademais a psiquiatria insistia em separar o sujeito da família, do ambiente familiar, impondo barreiras, estabelecendo um número mínimo de contato. As justificativas para essas decisões eram pautadas, como sugere Melman (2006) na necessidade de proteger a família do perigo, como se o adoecimento psíquico fosse transmissível. A pessoa em sofrimento psíquico era excluída do convívio familiar e da sociedade e eram mantidas presas em hospitais psiquiátricos, vivendo em condições desumanas, esquecidas por seus familiares.

Diante das considerações acima, os autores Correia e Ventura (2014) alegam que o século XVII iniciou o processo de exclusão da pessoa em sofrimento psíquico, pois o adoecimento psíquico passa a ser vinculado com periculosidade social, ou seja, essas pessoas passam a ser alvo de intervenções, já que ofereciam perigo para sociedade. Por causarem muitas preocupações eram levadas para ambientes de internações, destinados para pessoas que não se enquadravam diante dos modos da sociedade, como os desempregados, pessoas estigmatizadas ou com doenças crônicas.

Louco passa então a ser considerado como enfermo, o que lhe outorgou o direito à assistência e tratamento. No entanto, tal rotulação teve como efeito colateral a concretização e a consolidação da exclusão desses sujeitos da sociedade. Se por um lado o Estado lhes oferecia tratamento, por outro tais indivíduos eram então uma ameaça à tranquilidade da comunidade, não tinham mais subjetividade, direitos coletivos ou direitos. Inicia-se aqui uma escalada gradativa de exclusão e estigmatização (BIRDAMN, *apud* CORREIA; VENTURA, 2014, p. 47).

Por outro lado, em 1950, de acordo com Santini e Klafke (2011) a intervenção na família passa a ocorrer pela observação sistemática, pela pesquisa e pela intervenção direta em seu meio, onde ganham destaque as investigações sobre o papel da mãe. Alguns autores também começam a dar importância para a função da patologia dentro do grupo familiar. A pessoa em sofrimento psíquico passa a ser o paciente identificado, ou seja, o porta-voz das enfermidades de toda a família.

Similarmente Santini e Klafke (2011, p.149) enfatizam que:

Com a culpabilização da família, em relação ao adoecimento psíquico, ocorre que o saber psiquiátrico, cada vez mais, procura afastar o paciente

do ambiente familiar. Assim, ganham força as instituições psiquiátricas e a cultura do isolamento social do portador de sofrimento psíquico.

Parece conveniente dizer que a reforma psiquiátrica, na concepção basagliana “buscou a socialização e humanização (CALEGARI, 2013, p. 19)” do adoecimento psíquico, contribuindo para a ruptura do paradigma clínico psiquiátrico.

A pessoa em sofrimento psíquico passou a ser compreendida em sua totalidade, percebida além de sua doença, mas alguém com desejos, direitos e anseios. Por tudo isso, a família passou a ser compreendida como núcleo “das condições de reprodução da vida social, sentidos, mantinha e fortalecia laços de sociabilidade” (LAVALL, 2010, p. 150).

Convém ressaltar que há serviços de saúde que ainda são pautados na perspectiva do modelo tradicional de atenção, no qual se acredita na relação da família como responsável pelo sofrimento psíquico da pessoa. Esta perspectiva nos leva a pensar na necessidade de um sistema mais humanizado, pautado na permanência da pessoa em sofrimento psíquico dentro do ambiente familiar e a tendo como parte do processo de tratamento. Um modelo em que a família é corresponsabilizada pelo cuidado, elevando a necessidade de discutir e propor mais integração entre o serviço de assistência à saúde, os usuários e seus núcleos familiares (PEREIRA, 2003).

Ocasionalmente, a perspectiva de alguns serviços de saúde que ainda são atrelados a práticas tradicionais resultam em dificultar o processo de reabilitação da pessoa em sofrimento e ainda tratam a família como culpada pelo sofrimento, o que precisa ser repensado. E as práticas profissionais voltados em encontrar a cura para a “desordem”, eventualmente desmerecendo a singularidade das pessoas envolvidas entram no mesmo contexto, o da necessidade de um olhar mais crítico.

Os profissionais precisam se desprender de preconceitos e estigmas contra a família e à pessoa em sofrimento psíquico e elaborar intervenções efetivas capazes de integrar a família no processo de reabilitação psicossocial, possibilitando encarar o papel de parceira e de cuidadora em Saúde Mental. Contudo, é necessário repensar a parceria entre família e a assistência à saúde e descobrir maneiras de intervenções que assegurem o bem-estar. Desse modo, torna-se necessário organizar ações, com uma linguagem que seja capaz de abarcar as dúvidas, anseios

e de desenvolver espaços de liberdades dessas pessoas em sofrimento, tanto no contexto familiar quanto nas instituições (SOUZA, SCATENA, 2005).

É preciso delegar à família e ao cuidador o cuidado, mas para isto é necessário que num primeiro momento esta família seja instrumentalizada a cuidar e que haja cuidados especiais por parte dos profissionais de saúde e depois o ensino do cuidado ao indivíduo (LACERDA, 2010, p. 5).

Santos et al (2010) afirmam que a presença de uma pessoa em sofrimento psíquico no seio familiar instaura dúvidas, receios, preconceitos, vergonha e conseqüentemente exclusão, principalmente por falta de informações, prejudicando ainda mais o estado da pessoa em sofrimento, que necessita de apoio e compreensão no lidar com o sofrimento psíquico. Para os familiares a doença mental representa uma decepção.

O evento representa de certa forma, o colapso dos esforços, o atestado da incapacidade de cuidar adequadamente do outro, o fracasso de um projeto de vida, o desperdício de muitos anos de investimento e dedicação. A doença mental continua sendo com frequência, o motivo de muita vergonha para os familiares. (MELMAN, 2002, p. 23 *apud* SANTOS et al., 2010, p. 9).

Além de todos os sentimentos que perpassam na família, o que agrava ainda mais é a falta de compreensão que se passa com a pessoa em sofrimento psíquico. A família por não saber como lidar, muito menos do que se trata a enfermidade, alimenta um sentimento de culpa que adia a busca pelo tratamento. Por conta disso, a família acaba se excluindo e aumentando o sentimento de impotência em relação ao problema. “A sociedade com seu processo de exclusão intensificam o surgimento das doenças mentais e conseqüentemente há necessidade da presença da família durante todo processo de tratamento (SANTOS et al., 2010, p. 9)”.

A família necessita ser vista como parceira do cuidado, incentivando o desenvolvimento das capacidades do indivíduo, favorecendo a reabilitação psicossocial, a qual compreende a pessoa no seu contexto, dentro de suas condições reais, que possibilita desenvolver aptidões no ambiente social, nas relações pessoais, construindo articulações da pessoa com seu ambiente (SARACENO, 2011 *apud* LAVALL, 2010).

Famílias que vivenciam a situação de ter um familiar com transtorno mental demandam a necessidade de apoio, proteção, suporte terapêutico e cuidados para que construa a potência de desempenhar o papel de cuidadoras afetuosas, corresponsabilizadas, implicadas com as especificidades manifestadas pelos familiares. A forma como as famílias estão organizadas, as estratégias utilizadas por ela para cuidar, as

fragilidades, potencialidades exigem olhar ampliado dos serviços e trabalhadores de saúde mental (BARROS, 2012, p. 59).

Da mesma forma as pessoas que vivenciam o sofrimento psíquico, a família também deve receber cuidados:

Isso denota que o peso do sofrer psíquico, de quem vive e sente a doença mental, também tem sua extensão na família. Esta, com raras exceções, recebe pouca atenção do sistema de saúde, não é chamada à participação, uma vez que a prática psiquiátrica “adota” ou tutela o doente, tirando-o do convívio social e familiar. Ao mesmo tempo, evidencia-se o entendimento do importante papel da família no processo de ressocialização e reabilitação do doente mental. Nesta perspectiva, à medida que cresce a proposta de uma assistência mais abrangente, aumenta a necessidade de eficiência do serviço de saúde no cumprimento de seu papel. (PEREIRA, 2003, p. 73).

O grupo familiar recebe pouco apoio e orientação do sistema de saúde, que muitas vezes exclui a família de acompanhar a pessoa em sofrimento psíquico no tratamento, adotando procedimento tradicional de atenção à saúde. No entanto, ao mesmo tempo em que o serviço exclui a família, os estudos também evidenciam a importância da família no processo de reabilitação da pessoa em sofrimento psíquico. Portanto, o serviço de saúde ainda apresenta contradições quanto teoria e prática, aumentando cada vez mais a necessidade de eficiência no cumprimento do seu papel (PEREIRA, 2003).

A psicologia precisa se comprometer para que os serviços de saúde tenham práticas humanizadas, sendo aptas a instrumentalizar a família no cuidado ao seu familiar em sofrimento psíquico, como também possibilitar construir espaço para que os próprios profissionais possam discutir sobre as dificuldades, incentivando-os no desenvolvimento de intervenções que auxiliem na prática que coopere com a inserção da família no processo de promoção da saúde. É fundamental que haja sempre espaço para orientações que abarquem pelo fim do preconceito à pessoa em sofrimento

A convivência e o cuidado constantes, integrados as atividades domésticas interferem no lazer e na vida social do cuidador, pois lhe sobra pouco tempo para o cuidado pessoal. Assim, o familiar vai se privando da sua própria vida para poder prestar uma atenção adequada para a pessoa em sofrimento, o que lhe provoca um desgaste e sobrecarga física e emocional pela convivência com a pessoa em sofrimento psíquico (NAVARINI; HIRDES, 2008).

Para essas famílias, o aparecimento da enfermidade mental e suas consequências fazem agravar eventuais conflitos e dificuldades do

cotidiano, anteriormente enfrentados por elas. Não há dúvidas de que precisam de ajuda para lidar com essas questões e outras, como a culpa, a sobrecarga, o pessimismo e o isolamento social, que surgem do sofrimento que a loucura imprime, tanto para eles quanto para a pessoa que adocece (MELMAN, 2001, *apud* SOUZA, SCATENA, 2005, p. 2).

A família é induzida a modificar rotinas, costumes e valores com os quais estava habituada a lidar, assim ocorre um rompimento do curso habitual da sua vida a partir do sofrimento psíquico. Dessa maneira o sofrimento psíquico transforma toda a realidade da família, que necessita lidar com os novos desafios (PIMENTA, 2008).

A família enfrenta dificuldades no convívio com o parente talvez por não ter suficiente conhecimento sobre a sua condição, resultando, muitas vezes em exclusão social, pelo preconceito que a sociedade os impõe. Ocorre como relatado, restrição de visitas, os passeios tornam-se escassos, dificultando o processo terapêutico, pautado na inclusão social (GOMES DA SILVA, 2010, p. 77).

É necessário ressaltar que o sofrimento se estende para o grupo familiar pela falta de suporte, orientação adequada e preocupação excessiva, pois o cuidado é direcionado apenas para pessoa em sofrimento psíquico, sendo o protagonista da situação. Conforme já mencionado por Pereira (2003) a família não recebe suporte para enfrentar a situação, havendo sobrecarga, desgaste emocional, físico e psicológico, que além de cuidar de uma pessoa adoecida psiquicamente precisa gerenciar sua vida particular, restando pouco tempo para cuidar de si.

Vêm ocorrendo mudanças significativas na área de assistência à saúde mental que está inserindo a pessoa em sofrimento psíquico e a família em ações, nas quais depositam o papel de protagonistas de um processo que visa inovar as formas de atenção e que passam a contar cada vez mais com parcerias e profissionais de saúde mental, que buscam atender esta população pautada no acolhimento, no fortalecimento de vínculos, “na responsabilização e na ética do cuidado (MORENO, 2009, p. 2)”.

Lavall (2010) ressalva a importância do cuidado domiciliar, pois acredita que possa resguardar a familiaridade, proporcionando desenvolver estilos próprios de construir ações de cuidado, garantindo que os valores dos envolvidos sejam resguardados e dão as características singulares que promovem a promoção da saúde. Por essas considerações percebe-se a necessidade das equipes de saúde apreciar a produção de cuidado domiciliar como imprescindível para a saúde integral da pessoa em sofrimento psíquico.

O Ministério da Saúde (2001) esclarece a proposta do projeto de Volta para Casa instituída pela Lei 10.216 de 06 de abril de 2001 na qual consiste em:

Redireciona o modelo assistencial em saúde mental, conforme Artigo 5º da referida Lei, que determina que os pacientes há longo tempo hospitalizados, ou para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional, sejam objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida. O objetivo é a INCLUSÃO SOCIAL de pacientes e a mudança do modelo assistencial em saúde mental, com ampliação do atendimento extra-hospitalar e comunitário. (BRASIL, 2001, p. 2-3).

O autor ainda alega que o programa tende contribuir para reinserção social e favorecendo uma rede organizada de recursos assistenciais e de cuidados, restituindo a pessoa no lugar mais de sujeito do processo e menos de objeto de intervenção (BRASIL, 2001).

Além do cuidar, Gomes da Silva (2010) ressalta que as famílias devem estar aptas para as novas mudanças na dinâmica familiar, ou seja, reorganizar o sistema para enfrentar os desafios que o adoecimento psíquico acomete para o familiar adoecido e conseqüentemente para toda família, que precisam se adaptar para novas condições imposta pelo adoecimento.

Barros (2012) evidencia o papel das equipes de assistência em investir essencialmente nas potenciais capacidades e estratégias de cuidar das famílias. Conseqüentemente o seu trabalho deve se desvencilhar de ideias preconceituosas e estigmas, os quais dificultam exploração do cuidado. Torna-se essencial a realização de discussões e reflexões permanentes acerca das modalidades de atendimento prestadas nos serviços comprometidos com o cuidado em saúde mental, mediante exercício de leitura crítica e reflexiva acerca dos desafios a serem enfrentados no cotidiano.

Portanto, a intervenção dos profissionais envolvidos com a saúde mental deve considerar o ambiente familiar, tendo em vista que se constituem fonte de apoio e informação sobre o problema e pode-se através de grupos ou abordagem individual, detectar possíveis causas que contribuem para a instalação da crise e as dificuldades na convivência com o familiar em sofrimento psíquico (GOMES DA SILVA, 2010, p. 80).

Assim, Gomes da Silva (2010) defende a participação familiar no serviço e nos cuidados com o usuário, pois pode favorecer a afetividade e romper com preconceitos como: a incapacidade da pessoa em sofrimento não poder exercer autonomia e também de serem pessoas perigosas, concepções embasadas na

teoria de exclusão social.

Fica claro que as práticas terapêuticas no cuidado em saúde mental, devem introduzir a participação ativa e efetiva dos familiares para possibilitar a quebra de estigmas e preconceitos. Portanto, é pertinente propor a permanência de uma pessoa em sofrimento psíquico em seu ambiente familiar.

Dentro desta perspectiva Barros (2012, p.58) declara que:

O cuidado em saúde mental é de responsabilidade, em igualdade de relevância, dos serviços de saúde e das famílias. No entanto, afirma-se que de fato se constitui desafio permanente operar o cuidado integrando a rede oficial de serviços e a rede informal. A família é produtora de cuidados singulares e essenciais para a saúde, assim, gestores e trabalhadores, bem como formuladores das políticas públicas, devem investir de maneira intensiva para o alcance de resultados eficazes com potencial para integrar esses cuidados àqueles produzidos pela rede de serviços do sistema de saúde.

Corroboramos com Gomes da Silva (2010) ao defender o apoio da família como fundamental para a reabilitação máxima da pessoa em sofrimento psíquico. Logo que o sofrimento psíquico traz um choque e a ruptura da vida dos sujeitos envolvidos, causando muitas dúvidas e tensão para a família.

Melman (2001 *apud* PIMENTA, 2008) contrapõem ao salientar sobre a tendência da sociedade idealizar a família consanguínea, de modo a conceber ao contexto familiar o papel de proporcionar apoio, afeto, e encontrar resposta para todos os problemas. Além do mais, ressalta que esse processo de valorização ao extremo, conduz à ilusão de que a família é única solução para sustentar uma pessoa em sofrimento psíquico.

O autor traz uma questão pertinente e contrária ao que foi abordado neste capítulo, enquanto vários outros estudiosos defendem a importância do cuidado da família para pessoa em sofrimento, ele ressalta que cada família é única e se organiza de maneiras diferentes, conforme seus valores e crenças o que faz com que o sofrimento psíquico seja percebido de maneiras diferentes. Assim, a dinâmica familiar é influenciada de diferentes maneiras, ou seja, nem todas as famílias estão aptas a ter uma relação saudável com a pessoa em sofrimento psíquico (MELMAN(2001 *apud* PIMENTA, 2008).

No entanto, a sociedade faz com que esperemos que o bom funcionamento social do portador de transtorno mental dependa da disponibilidade de um suporte familiar satisfatório. Também é essencial levarmos em consideração que o vínculo dos pacientes, com a família, é geralmente difícil, permeado de problemas e obstáculos. Conviver cotidianamente com pessoas que

apresentam transtornos mentais graves, e ainda ter de cuidar delas, impõe uma série de encargos físicos, emocionais, econômicos e sociais (PIMENTA, 2008, p. 70-71).

No geral, percebe-se que a família tem uma participação muito importante na recuperação da saúde mental dos seus membros, quando a mesma promove bem estar e segurança. No entanto, ela também necessita de apoio e direcionamento de instituições como o Estado, por meio das redes de assistência social e públicas, para que consiga promover a saúde do indivíduo e, por conseguinte de toda a família. Ficam exposto os diversos desafios tanto para a pessoa em sofrimento psíquico quanto para a família, também fica evidente a necessidade de incluir a família nos projetos de saúde mental, integrando como parceira no cuidado, assim como também fica evidente a necessidade suporte dos serviços para lidar com os desafios da convivência com a pessoa em sofrimento.

3 METODOLOGIA

A pesquisa foi efetivada por meio de um desenho de caráter qualitativo, de objetivo metodológico exploratório e procedimento bibliográfico. O levantamento bibliográfico ocorreu por meio de uma revisão da literatura nacional que incluiu: artigos, livros, cartilhas e legislações voltadas para o tema. Viu-se indispensável uma busca do material para um melhor aprofundamento de informação a respeito dos temas: 'família'; 'saúde mental' e 'pessoa em sofrimento psíquico'. Foram considerados critérios de inclusão de artigos científicos publicados entre os anos de 1995 a 2015, pois após os anos de 1990 apresenta-se maior intensificação de estudos sobre o fenômeno pesquisado. Os artigos foram encontrados na *Scientific Electronic Library Online* – SciELO e Periódicos Eletrônicos de Psicologia – PePSIC além do Google Acadêmico. A pesquisa bibliográfica permite ao pesquisador obter informações, com objetivo de compreender o fenômeno a partir da:

Cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente. Esta vantagem se torna particularmente importante quando o problema de pesquisa requer dados muito dispersos pelo espaço (GIL, 2008, p. 50).

Os resultados da pesquisa foram incluídos inicialmente por meio de uma investigação por meio das palavras-chave: 'saúde mental', que obteve 295 (duzentos e noventa e cinco) artigos como resultados; e, observando-se a necessidade de se limitar a pesquisa, buscou-se também por 'família e sofrimento psíquico', que alcançou 21 (vinte e um) artigos; assim, ao refinar a pesquisa para alcançar artigos que mais se assemelhassem ao tema, pesquisou-se por 'saúde mental e sofrimento psíquico', alcançando a marca de 61 (sessenta e um) artigos.

Ocorreu, então, a partir deste resultado, um segundo refinamento por meio de critérios de exclusão, que consistiu em eliminar os artigos que não envolvessem o objetivo de estudo: excluindo-se, portanto, estudos cujos assuntos se relacionavam a transtornos alimentares, deficiência mental, transtornos mentais na infância, sofrimento psíquico no trabalho. O refinamento resultou na escolha de 35 estudos sobre a temática.

Os trabalhos científicos foram classificados em artigos, livros e capítulos de livros, dissertações, cartilhas e legislação. Foi realizada a leitura dos trabalhos selecionados, identificando o tipo de publicação, os objetivos e os temas abordados, tendo como base as reflexões que orientaram novas compreensões a partir do fenômeno estudado.

Concluiu-se a busca com 28 (vinte e oito) artigos, 5 (cinco) livros, 1 (uma) cartilha e 1 (uma) legislação, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão anteriormente citados. A partir dessa seleção de artigos, livros, cartilha e legislação, que auxiliaram todo o processo de compreensão, observaram-se a relação entre família e saúde mental.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta pesquisa bibliográfica se propôs a discorrer sobre o papel da família no cuidado da pessoa em sofrimento psíquico. Propôs-se também a identificar e classificar os estudos, considerando tipos de publicação e ano de publicação. Antemão foi realizado o levantamento nacional de artigos científicos entre os anos de 1995 e 2015, o qual possibilitou a categorização e discussão dos resultados encontrados em artigos nacionais que serão abordados seguidamente, na Tabela 1.

Tabela 1 - Pesquisas em artigos nacionais 1995 a 2015.

AUTOR	TÍTULO	ANO	TIPO	MÉTODO
AMARANTE, PAULO	Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica.	1995	Revista caderno de saúde pública	Análise e debate s discussões referen processo da psiquiátrica brasileira como a Lei de Paulo D
KREPPNER, Kurt.	A criança e a família: interdependência em vias de desenvolvimento.	2000	Revista psicologia teoria e pesquisa	Estudo bibliográfico a reflexão da família na da assistência a pe sofrimento psíquico.
SILVA.	A banalização da exclusão social de portadores de transtornos mentais em situação de rua na região metropolitana de Belém.	2001	III Seminário internacional violência e conflitos sociais: ilegalismos e lugares morais.	Estudo bibliográfi documental
MORENO; ALENCASTR E	A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico.	2003	Revista da escola de enfermagem	
PEREIRA, M. A. O.	Representação da doença mental para a família do paciente.	2003	Revista interface – comunicação, saúde, educação	Pesquisa de cam abordagem q Entrevistas e ob como instrumentos c de dados.
OLIVEIRA; LOYOLA.	Família do paciente psiquiátrico: o retrato de uma ilustre desconhecida.	2004	Revista acta scientiarum. health sciences (online)	Estudo qualitativo abordagem etnometodologia. A p de dados foi por observação participar entrevistas abertas, c durante as visita domicílios dos pacien
WAIDMAN; ELSEN.	O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização	2005	Revista texto e contexto	Estudo bibliográfico objetivou identifica estudos desinstitucionalizaçõe as referências sobre c multi e interdiscipl saúde mental.

NEVES, A.S. et al.	A dinâmica familiar do paciente psiquiátrico: entre a contenção e a identificação	2006	Revista estudos de psicologia	Pesquisa de bibliográfico
NAVARINI, Vanessa; HIRDES, Alice.	A Família do portador de transtorno mental: a. Identificando Recursos adaptativos.	2008	Revista texto e contexto	Pesquisa de procedimento exploratório descritivo, abordagem qualitativa, realizado em um Centro de Atenção Psicossocial. A amostra do estudo constituiu-se de 10 familiares do cotidiano de portadores de transtorno mental.
PIMENTA, Eliane de Souza.	A relação das famílias no tratamento do portador de transtorno mental realizado no Centro de Atenção Psicossocial: uma perspectiva institucionalista	2008	Dissertação Mestrado em psicologia	Pesquisa de Entrevistas semiestructuradas com 04 (quatro) familiares de portadores de transtorno mental, usuáries.
GOMES DA SILVA, Kely Vanessa Leite.	Cuidado ao familiar de adulto em sofrimento psíquico: desafio para a assistência de enfermagem.	2010	Dissertação de mestrado acadêmico em cuidados clínicos em saúde	Pesquisa de qualitativa, de abordagem fenomenológica. Entrevista semiestructurada com 14 familiares.
LAVALL, Eliane.	Família e o cuidado de saúde mental no domicílio: estudo avaliativo.	2010	Dissertação de mestrado em enfermagem	O estudo avaliativo de abordagem qualitativa de caso. Utilizou-se os pressupostos da Avaliação da Quarta Geração. Entrevistas individuais semiestructuradas. Na análise dos dados utilizou-se o Método Constante.
PARPINELI, Vera Lucia Fedel.	A família do portador de sofrimento psíquico na atenção psicossocial	2010	Dissertação de mestrado em psicologia	Pesquisa bibliográfica qualitativa. Foi realizado levantamento na base de dados LILACS, de 2007.
SANTOS et al	A importância da família na qualidade de vida das pessoas com doença mental.	2010	V Encontro de iniciação científica e IV encontro de extensão universitária	Pesquisa bibliográfica
FABRINO, V, N.	Afetividade e base familiar: norteadores da formação da Personalidade	2012		Pesquisa bibliográfica

GOMES, T. B	O processo de valorização da família na política de saúde mental: beneficiária ou refém no contexto das mudanças estruturais contemporâneas.	2012	Revista acadêmica da escola superior do ministério público do estado do ceará	Estudo bibliográfico documental
SOUZA, L, G S, et al.	Saúde mental na estratégia saúde da família: revisão da literatura brasileira.	2012	Revista: saúde soc.	Revisão bibliográfica dos principais trabalhos da literatura científica sobre saúde mental. Estratégia Saúde da Família
BARROS <i>et al</i>	Experiências de famílias com usuários atendidos em dispositivos de atenção psicossocial	2012	Tese de doutorado	Pesquisa bibliográfica com abordagem qualitativa que participou 20 cuidadoras de pessoas com sofrimento psíquico atendidas no CAPS II
FELIPPI, M. O.	O portador de transtorno mental e o adoecimento da família: estratégias para a inclusão dos familiares nos projetos terapêuticos do CAPS.	2012	Pós-graduação em saúde mental e assistência psicossocial	Pesquisa descritiva com abordagem qualitativa. delimitada. Questionário, e entrevistas, o formulário, e outros informais.
CALEGARI; M.P.	A família do portador de transtorno mental.	2013	Pós-graduação em saúde mental	Pesquisa bibliográfica com abordagem qualitativa que foi realizada nas bases de dados da literatura científica Bireme, no período de 2013.
GOMES; Tarcisa Bezerra.	A família em situação de vulnerabilidade social no contexto hodierno da desinstitucionalização psiquiátrica	2015	Mestrado em políticas públicas e sociedade	Pesquisa de abordagem quanti-qualitativa com metodologia bibliográfica, documental, entrevista semiestructurada e observação flutuante.

Fonte: Elaboração própria, a partir das informações retiradas dos trabalhos acima citados.

Para compreender o processo de desinstitucionalização Amarante (1995) utilizou em sua pesquisa análise bibliográfica, em que considerou o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil em torno da Lei proposta por Paulo Delgado, “que propõe a extinção dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outras tecnologias de cuidado em saúde mental” (AMARANTE, 1995, p. 4). Presume-se que a desinstitucionalização é um processo, cujo objetivo é uma prática de cuidado para a pessoa em sofrimento psíquico, incumbindo seus direitos e a preservação do convívio domiciliar.

Esse resultado expõe o que pode ser observado no levantamento bibliográfico por Waidman e Elsen (2005). Os autores alegam que o processo de desinstitucionalização tem falhas, em razão da deficiência do preparo dos profissionais em não serem ainda capazes de desenvolver formas de trabalhar com esse público. No entanto, Gomes (2012) utilizando em sua pesquisa procedimento bibliográfico e documental para compreender o fenômeno social sobre a valorização da família na política de saúde mental verificou similarmente que o processo de desinstitucionalização tem impasses, pois não concede apoio ou manutenção para a família lidar com as dificuldades impostas no cuidado e no convívio com a pessoa em sofrimento psíquico, no entanto considera que o processo impulsiona a quebra de preconceitos contra a pessoa em sofrimento psíquico.

Sendo a desinstitucionalização uma responsabilidade de toda a sociedade, cabe aos profissionais estarem atentos para os sentimentos de ambiguidade que a família vive para assim ampará-la e ajudá-la nas suas dúvidas e dificuldades, levando em consideração o número de serviços extramuros para atender o cliente e sua família e a preparação dos profissionais para exercer tal atividade (ABRUZZESE E, et al., 1996 apud WAIDMAN; ELSÉN, 2005, p. 8).

Nesse sentido Moreno e Alencastre (2003) elucidam a importância dos serviços de saúde em planejar projetos de intervenções para as famílias, visto que a família sofre com a sobrecarga com o convívio do familiar adoecido.

Então podemos concluir que a desinstitucionalização é um processo que marcou um período de bastante transformação no campo de assistência à saúde mental, delegando o direito para a pessoa em sofrimento psíquico permanecer no contexto familiar, no entanto, a família tão pouco preparada pelo serviço de saúde para lidar com os conflitos impostos ao mesmo instante tentando se reorganizar diante da nova realidade, encontra-se permeada de dúvidas e anseios.

Observando esses questionamentos sobre o processo de desinstitucionalização, Gomes (2015) e Pimenta (2008) certificam que esse processo impulsionou mudanças nas práticas de assistência à saúde mental para pessoa em sofrimento psíquico, ao passo que a família passa a ser considerada como corresponsável, assim evidenciando a importância da família no processo de cuidado. Portanto esse novo olhar permitiu esclarecer as causas do sofrimento psíquico, com intuito de desmitificar preconceitos.

Diante disso, Santos et al (2010) relacionou as causas do adoecimento psíquico com diversos fatores e determinações psicológicas, sociais e biológicas, das quais podem interferir ao longo da trajetória pessoal, necessitando do suporte familiar para que consiga ter qualidade vida, mesmo diante do adoecimento. Em contraposição Felippi (2012) considera que sofrimento psíquico afeta a todos, porém, acredita que a família seja mais prejudicada.

Para melhor compreender o sofrimento psíquico Rodrigues e Figueiredo (2003), buscaram investigar as causas em espaços extra-hospitalares por meio de entrevistas com 10 familiares, 10 usuários e 10 profissionais da saúde a fim de averiguar as concepções sobre o sofrimento psíquico, constatando que o adoecimento psíquico implica: “num estado de incapacidade estabelecido pelo perder e pela não valorização das relações e inter-relações entre o indivíduo e a sociedade” (RODRIGUES; FIGUEIREDO, 2003, p. 8).

Caracterizar o sofrimento psíquico como um fator incapacitante, gera perda da autonomia nos sujeitos. Em sua história, o campo da saúde mental carrega consigo uma série de estigmas e preconceitos. A pessoa que vivencia o sofrimento psíquico experiencia a exclusão social, presente no seu cotidiano e até mesmo no ambiente familiar (RODRIGUES; FIGUEIREDO, 2003, SOUZA, 2012, CORREIA; VENTURA, 2014).

Portanto, o adoecimento psíquico é permeado de estigmas e preconceitos que foram construídos historicamente na sociedade, e a própria família é cenário para exclusão do adoecido, em muitos dos casos, por causa da falta de informações os familiares não sabem como agir, dificultando a relação e o processo de tratamento.

Almeida et al (2011) mencionam que o sofrimento psíquico é como uma barreira que impede a pessoa de se relacionar socialmente, sendo muitas vezes privada de sua liberdade é desrespeitado, rotulado, considerado perigoso, o que dificulta ainda mais sua recuperação e readaptação social.

Salienta-se que o adoecimento é causado por múltiplos fatores, não se podendo afirmar que há uma única causa para o adoecimento psíquico, é necessário investigação e cautela para identificar as causas. Trata-se aqui do modelo biopsicossocial (biológico, psicológico e social) do indivíduo (SANTOS et al., 2010).

Souza (2012), Rodrigues e Figueiredo (2003) relatam em suas respectivas pesquisas que a pessoa em sofrimento psíquico vivencia preconceitos, rótulos e muitas vezes têm seus direitos renegados. Em virtude dos preconceitos, estigmas, violência e violação dos direitos cívicos, foi regulamentada a Lei 10.216, no qual favorece uma rede protetiva para pessoa em sofrimento psíquico, na qual certifica garantir o respeito, a inclusão social e assegurar a pessoa em sofrimento como cidadão, no entanto conforme Correia e Ventura (2014) garantem que a Lei não esclarece as medidas repressivas contra quem descumpra o regimento do tratamento da pessoa em sofrimento psíquico.

Faz-se necessário então, que haja uma articulação entre os serviços oferecidos pela política de assistência social e a política de saúde, para que tenham como objetivo principal garantir o direito a cidadania, moradia digna, saúde, trabalho, lazer e convivência familiar e comunitária aos portadores de transtornos mentais em situação de rua ou não, segundo os preceitos de nossa Constituição, pois não é somente uma questão de saúde pública, mas principalmente de respeito a dignidade da pessoa humana e da construção de uma sociedade democrática no Brasil, onde todos tenham o seu direito de cidadania respeitados e garantidos (SILVA, 2001, p. 8).

A Legislação evidencia obras da Reforma Psiquiátrica no Brasil, pautada na prática da desinstitucionalização, portanto demonstra a necessidade cada vez mais latente de arquitetar leis e projetos para que a pessoa em sofrimento psíquico seja respeitada na sua singularidade e na igualdade dos direitos. Por mais que ainda existam falhas em seu cumprimento, evidencia um grande passo na humanização da saúde.

No entanto dentro da perspectiva dos familiares sobre os serviços de saúde, se constata que há fragilidades nas condutas de assistência para a família, conforme Silva (2001) e Neves (2006) apontam para precária organização do serviço em desenvolver projetos que ofereçam suporte para a família, e acrescentam que é

necessária articulação entre as políticas em favor do direito à pessoa em sofrimento psíquico, portanto é imprescindível o apoio das redes de assistência social para garantir os direitos.

Moreno (2009) ao dispor em sua pesquisa o método descritivo/exploratório, no qual utilizou entrevista semiestruturada com seis familiares que conviviam mais de três anos com o adoecimento psíquico, certificou a necessidade dos serviços de saúde articular com as redes de cuidado e proporcionar aos familiares maior apoio, no entanto foi possível constatar que o CAPS é considerado um espaço de acolhimento para os familiares, diferente de outros serviços abordados.

Essa decorrência apresenta-se igualmente na pesquisa de campo realizada por Barros (2012) com famílias de pessoas em sofrimento psíquico do CAPS II, em que revelou a necessidade investir em cuidados que sejam integrados ao convívio com a família, de modo que as práticas fortaleçam o vínculo com a família, tendo em vista que esta é fonte de apoio para pessoa em sofrimento. Além do mais o serviço precisa respeitar a família, que sofre diante do adoecimento do ente querido e encontra-se fragilizada diante da nova realidade.

Convém ressaltar, que por um lado a família deve ser cuidadora do familiar adoecido, como as pesquisas declaram a necessidade da corresponsabilidade pelo cuidado, de outro, evidentemente há diversas críticas sobre a precária organização e falta de preparo dos profissionais em não oferecer informações e suporte. Conforme pontuam Souza et al. (2001), Neves (2006) e Parpileni (2011), demonstram que o serviço é inapto para oferecer interação entre a família e o familiar em sofrimento, que podem dificultar o processo de reabilitação, dessa maneira, não proporcionando espaço de interação, informação e acolhimento, resultando em perpetuar o preconceito e estigmas, distanciando cada vez o cuidado com a pessoa em sofrimento psíquico.

Em vista das necessidades relatadas acima, presume-se que a falta de interação entre os serviços de saúde e família ocasione ainda complicações, visto que seja fundamental cuidar da família primeira para então ser reprodutora deste cuidado. Diante dessa situação, Pimenta (2008), Barros et al (2012) evidenciam a necessidade de elaborar estratégias para inclusão da família nos projetos terapêuticos. De modo similar, Binotto (2012) acredita na interação do serviço de

saúde e da família como uma importante ferramenta para integralidade do cuidado.

Pode-se, assim, concluir, que a relação entre o serviço de saúde e a família tem carências, resultando na falta de diálogos, muito menos de possibilidade para construção de estratégias que viabilizem o bem-estar da pessoa em sofrimento psíquico, acarretando ainda mais prejuízo para esta que se encontra totalmente fragilizada diante do adoecimento, do esquecimento e do preconceito. Cabe então que a psicologia introduza o seu saber e práticas que auxiliem na mediação entre o serviço de saúde e a família, onde possam construir diálogos e formas de cuidado, onde a pessoa adoecida possa ser respeitada, no entanto, sabemos que o convívio e o cuidado são difíceis carecem de atenção e paciência por parte da família, exigindo ainda suporte para que consiga superar as dificuldades.

O cuidado prestado a um familiar em sofrimento psíquico, segundo Gomes da Silva (2010) envolve paciência e trazem bastantes dúvidas, receios e incertezas para toda a família. Conforme apontam os estudos em suas perspectivas pesquisas de Almeida et al (2011), quanto Navarini e Hirdes (2008), certificam que o suporte de informações requeridas pelo serviço oferece para os familiares a diminuição de sentimento de culpa, tristeza e diminuindo o sofrimento dos familiares, assim, incentivando a família para ser corresponsável no cuidado do familiar, pois a família diante das dúvidas se sentem desamparadas e podem dificultar a aceitação da doença por parte da família, atrapalhando o início do tratamento. Frente à esses questionamentos:

É preciso desenvolver estratégias que valorizem as experiências do familiar cuidador, seu saber construído a partir da proximidade e da vivência cotidiana com a doença mental e, junto a isso, se desenvolvam formas de apoio direcionadas ao familiar cuidador, possibilitando assistência ampliada e integral que produz vida (LAVALL, 2010, p. 103).

Pimenta (2008) e Gomes da Silva (2010) relatam as consequências dos cuidados dispensados a um familiar adoecido, sendo que essa situação pode trazer diversos problemas, como as dúvidas, sentimento de culpa e impotência, rejeição, resultando sobrecarga emocional e na sobrecarga econômica e física, pois o cuidador além de cuidar do familiar precisa lidar com sua vida privada.

Barros (2012, p. 59) afirma que a família ao lidar com um familiar em sofrimento psíquico necessita de:

[...] apoio, proteção, suporte terapêutico e cuidados para que construa a potência de desempenhar o papel de cuidadoras afetuosas,

corresponsabilizadas, implicadas com as especificidades manifestadas pelos familiares. A forma como as famílias estão organizadas, as estratégias utilizadas por ela para cuidar, as fragilidades, potencialidades exigem olhar ampliado dos serviços e trabalhadores de saúde mental.

Por outro lado, observamos que a família para desempenhar seu papel de cuidadora, carece ser apoiada pelo serviço de saúde mental e que os profissionais adotem práticas de humanização proporcionando acolhimento. Barros (2012) corroborando com Gomes da Silva (2010) sobre os serviços de saúde, afirma que é necessário investir em cuidados que sejam integrados ao convívio com a família, de modo que as práticas fortaleçam o vínculo com a família, tendo em vista que esta é fonte de apoio para pessoa em sofrimento.

É oportuno frisar, que:

É preciso delegar à família e ao cuidador o cuidado, mas para isto é necessário que num primeiro momento esta família seja instrumentalizada a cuidar e que haja cuidados especiais por parte dos profissionais de saúde e depois o ensino do cuidado ao indivíduo. Necessário se faz verificar as condições do indivíduo e sua família em assumir este cuidado (LACERDA, 2010, p. 5).

A respeito da relação do sofrimento psíquico com as relações familiares, Pereira (2003), Oliveira e Loyola (2004); Lacerda (2010) e Almeida et al (2011) identificaram o impacto acometido na dinâmica familiar, os resultados evidenciam que o sofrimento causa conflitos, medos, inseguranças, raiva, tristeza e sentimento de incapacidade. Em contraposição Navarini e Hirdes (2008) relatam que o sofrimento psíquico pode impulsionar o contexto familiar proporcionar cuidado e afeto. Diante dessa situação o sentimento como cada família reage, vai depender da maneira como se estruturam e como percebem a realidade, do mesmo modo que sofrimento pode ocasionar sentimentos desagradáveis, pode impulsionar a família serem mais afetivas.

Em contraposição, Pereira (2003) afirma que o grupo familiar é abandonado pelo serviço saúde e é impedido de acompanhar no tratamento do familiar, caracterizando assim um procedimento de exclusão. Além do mais, o referido autor destaca que há contradições nas práticas do serviço de saúde, no momento em que o serviço convida a família para ser corresponsável pelo cuidado e ao tempo que não oferece ajuda para que a família saiba lidar com a pessoa.

Discorrendo especificamente sobre a família e sua implicação no desenvolvimento do indivíduo, Kreppner (2000) ao realizar uma pesquisa de procedimento bibliográfico a respeito da reflexão da família na inclusão da assistência a pessoa em sofrimento psíquico protestou para necessidade de concentrar as pesquisas na análise das relações, pois a partir da história, resiliência e qualidade da família sob estresse, será possível entender a relação da qualidade com o adoecimento psíquico.

Diante disso, Fabrino (2012) considerou que a família ao proporcionar ambiente saudável, é possível desenvolver plenamente o ser humano de forma segura e confiante. O autor ainda grifa que contexto familiar ao oferecer para a criança um espaço saudável, desenvolverá capacidade para resolver conflitos e lidar com as situações cotidianas de modo racional, emocional, assim alcançado maturidade afetiva. Assim, fica evidente que a família ao desempenhar função de cuidadora aos seus membros, facilita á eles desenvolverem capacidades física, emocional, psicológica, que darão subsídios para enfrentamento de qualquer conflito ou adoecimento.

No entanto, conforme Moreno e Alencastre (2003) só a partir dos anos de 1950 e 1960 a família é convidada a participar do cuidado para a saúde mental, percebeu-se que a família era uma importante aliada para o processo de desinstitucionalização. Observa-se que a família levou muito tempo para ser reconhecida como aliada para a manutenção da qualidade de vida do familiar adoecido psicicamente. Ao que tudo indica o que retardou a inclusão da família nas práticas de saúde mental, de acordo com Gomes (2015, p. 9) foi o processo de culpabilização das mazelas acometidas ao membro com adoecimento psíquico.

Perante esses fatos, considera-se que o contexto familiar ao proporcionar trocas afetivas garante à pessoa construir formas de ser e viver afetivamente, necessária para socialização (DESSEN; POLONIA, 2007; OLIVEIRA, 2009). Entretanto, Barros (2010) exacerba que a família como grupo de intimidade proporciona para pessoa em sofrimento psíquico a capacidade de desenvolver habilidades de socialização na própria vida e em sociedade.

Diante dessas informações sobre família, não se pode negar que:

Ela tem um papel singular na construção e na vida do sujeito. Ela interfere no processo de saúde-doença de seus membros, individual e coletivamente.

Ela se organiza, desorganiza e reorganiza continuamente. Ela é capaz de cuidar e de descuidar de seus membros, por mais difícil que isso possa parecer. Em alguns momentos, pode ser a causa de todo sofrimento, impondo um condicionamento ideológico intencional sobre família, como um sistema dogmaticamente organizado para dar “certo” (OLIVEIRA; LOYOLA, 2004, p. 3-4).

Entende-se que a família tem um papel imprescindível na qualidade de vida do indivíduo, desde os primeiros anos de vida até a idade adulta. No entanto nem todas as famílias conseguem proporcionar bem-estar aos seus membros principalmente quando se ver diante de um familiar, instaurando receios, medos, diversos obstáculos e desafios para se reorganizar mediante a nova realidade. Calegari (2013) em sua pesquisa bibliográfica, quanto Fellipi (2012) em sua pesquisa de campo, utilizando de entrevista semiestruturada constaram dificuldades para a família quanto para a pessoa em sofrimento frente ao adoecimento, ou seja, o adoecimento tem extensão na família, que sente sobrecarregada, fragilizada.

Essas considerações foram observadas no estudo realizado por Gomes (2015) recentemente, ao realizar entrevista semiestrutura e observação flutuante com familiares e pessoas em sofrimento psíquico, apontando para: dificuldade financeira, física e emocional. Os familiares ainda apontam para desproteção do Estado em não assegurar os direitos do familiar adoecido. Portanto a família se ver diante de diversas problemáticas no convívio, além dos direitos negados, todos esses empecilhos podem comprometer a família na manutenção do bem-estar para pessoa em sofrimento.

Assim, pôde-se compreender que o papel da família é imprescindível no cuidado com a pessoa em sofrimento psíquico, acreditando-se que o ambiente familiar deve propiciar a inserção social, como também garantir direito da pessoa em sofrimento psíquico viver em um espaço que garante sua autonomia e respeite sua singularidade. Também consideramos a necessidade de dar mais suporte as famílias, de modo a ampará-los nesse contexto de mudanças, seja na vida familiar, seja em termos da responsabilização, pelo cuidado. Para tanto, essas produções científicas foram de suma relevância ao trazerem uma base para o entendimento do que tem sido produzido e publicado, de mais atual, no campo da saúde mental da pessoa em sofrimento psíquico.

A partir da análise reflexiva sobre o papel da família no cuidado da pessoa em sofrimento psíquico pode-se admitir a necessidade de maior envolvimento da Psicologia na luta pela humanização e no cuidado com a pessoa em sofrimento psíquico, identificando as necessidades da pessoa em sofrimento psíquico e dos membros da família, proporcionando acolhimento, escuta, orientação e manejo para lidar com desafios e traçar ações que favoreçam um melhor convívio e qualidade de vida.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo investigou a produção científica acerca da família, na atenção psicossocial da pessoa em sofrimento psíquico. Com base na classificação dos dados, tornou-se possível a compreensão da importância do tema para repensar as práticas no cuidado com a Saúde Mental da pessoa em sofrimento psíquico e como também a necessidade de repensar nas práticas humanizadas dos serviços de saúde em oferecer cuidados à família, instrumentalizando-a no cuidado com a pessoa em sofrimento psíquico, propiciando espaços que possam conquistar conhecimentos e assumir a corresponsabilidade pretendida.

O objetivo proposto nesta pesquisa foi evidenciar o papel da família para saúde mental da pessoa em sofrimento psíquico, com isso buscou-se elementos que referenciassem a importância da família para o processo de reabilitação psicossocial, no entanto não desqualificou ou minimizou as problemáticas envolvidas no cuidado com a pessoa em sofrimento, que requer atenção, afeto, paciência, entendimento.

Percebeu-se uma série de desafios que são impostos na vida com uma pessoa em sofrimento psíquico, e na maioria dos casos o grupo familiar não sabe como prosseguir, não há quem recorrer, além do mais, desenvolvem uma série de sentimentos: culpa, vergonha, rejeição, indagações, medos e revolta que decorrem dentro da família, e que são gerados desde o diagnóstico até a convivência diária.

O sofrimento psíquico na família vem repleto de desafios, tanto para quem vive quanto para quem presencia. A família sofre com as diversas problemáticas que cercam quando se instaura o sofrimento psíquico no contexto familiar, sejam fatores psicológicos como sentimento de culpa, de rejeição, de dúvidas, medos, resultando em sobrecarga emocional; fatores econômicos e o físico, principalmente o cansaço ao lidar com uma pessoa em sofrimento que requer atenção integrada, além de cuidar da vida particular necessita administrar bem o tempo; e o fator social, a cobrança da sociedade pela cura ou até mesmo a necessidade em identificar o culpado.

Em virtude disso, a família necessita ser auxiliada para que possa produzir melhor qualidade de vida para o grupo familiar, e inclusive, para a pessoa em sofrimento psíquico. Neste ponto ressaltamos a necessidade do serviço de saúde

mental oferecer cuidados para a família, dessa maneira ela terá subsídios para enfrentar as dificuldades e terá suporte para proporcionar cuidado. A

família, entendida como ponto de apoio e cuidado, carece de suporte. Ela precisa ser acolhida para poder conduzir o processo de reabilitação psicossocial em menor sofrimento, possibilitando que a pessoa consiga desenvolver autonomia, ter uma vida saudável. Dessa forma, tais estudos indicam a necessidade de oferecer suporte para as famílias, de modo a auxiliá-las nas mudanças, seja na vida familiar, seja em termos da responsabilização e cuidado Sabemos que

nem todas as famílias se responsabilizam pelo cuidado de seus membros, o que dificulta em muito o processo de trabalho nesse campo, no entanto há familiares participativos e preocupados com os cuidados. Por outro lado, algumas famílias não se sentem preparada para cuidar, tem medo e não recebem nenhum apoio e suporte dos serviços de saúde. E nesse sentido que chamamos atenção para a urgência em aliar os familiares nas propostas terapêuticas e de reabilitação, de acordo com o contexto social de cada pessoa, pois sem eles as possibilidades de cuidado e integração da pessoa no contexto social ficam reduzidas.

Como já abordado anteriormente o sofrimento psíquico se estende ao grupo familiar que, por sua vez, sofre em conjunto com seus pares, se sentindo sobrecarregada psicologicamente, financeiramente e fisicamente, além do mais, há uma pressão por parte da sociedade em encontrar a “cura” ou o culpado pelo adoecimento. Comumente, a família é responsabilizada pelo sofrimento vivenciado pelo seu familiar, acarretando ainda mais a exclusão e preconceito. Nota-se que a família também é vítima do descaso dos serviços de saúde que, por sua vez não oferece informação e espaço para diálogo e suporte, posto que a família seja de suma importância para a reabilitação e ressocialização do indivíduo no contexto social.

No entanto, compreendemos que o convívio e o cuidado são difíceis, carece de atenção e paciência por parte da família, o que demanda maior comprometimento dos profissionais em instrumentalizar o cuidado para a família, posto que, ao receber o cuidado, encontre ferramentas aptas para transmitir o cuidado e lidar com as modificações imposta pelo sofrimento.

O papel da psicologia deve está em disseminar o cuidado, respeito e diálogo, entre profissionais da saúde e família; a pessoa em sofrimento psíquico e sua família; e entre profissionais e a pessoa em sofrimento, exercendo um papel relevante para mediar as relações e propor intervenções que possam visar o bem-estar e assegurar o direito e o respeito à subjetividade da pessoa em sofrimento psíquico e convidar a família para ser corresponsável.

Constatou-se a prevalência de vários estudos estimando o papel da família enquanto produtora do cuidado com a pessoa em sofrimento psíquico. Notou-se que convivência com a família é caracteriza tanto de forma positiva quanto negativa, portanto de acordo como cada família se organiza e perceber o adoecimento psíquico. Cada família é única e tem ferramentas diversificadas para lidar e compreender as situações gera desequilíbrios, mais que podem resultar em maior comprometimento com a reabilitação do sujeito em sofrimento psíquico, ou não.

Dessa forma, esperamos que o presente estudo, longe de finalizar a temática proposta, possa instigar a elaboração de pesquisas de campo sobre o objeto de estudo abordado. O presente estudo, longe de finalizar a temática, tenciona a problemática, visando contribuir tanto para os profissionais da saúde que produzem saúde mental, quanto para as famílias que vivenciam o sofrimento psíquico de seus pares, oferecendo suporte, instrução e manejo para que os sujeitos possam se adaptar à nova realidade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. H; FELIPES. L; MOURA, A. C. **O impacto causado pela doença mental na família.** Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. n 6, p. 40-47, 2011.

AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: **o debate em torno da reforma psiquiátrica.** Caderno de Saúde Pública., Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, jul/set, 1995.

ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família.** 2 ed., Rio de Janeiro: LTC, 1981.

BINOTTO; AL et al. Interface saúde da família e saúde mental: **uma estratégia para o cuidado.** Revista brasileira da medicina de família e comunidade. Florianópolis, 2012.

BARROS; Márcia Maria Mont' Alverne de. **Experiências das famílias com usuários atendidos nos dispositivos de atenção psicossocial.** Programa de Doutorado em Saúde Coletiva. Centro de Ciências da Saúde: Fortaleza, 2012.219p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa de volta para casa: liberdade e cidadania pra quem precisa de cuidados em saúde mental,** 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.

CALEGARI, M.P. **A família do portador de transtorno mental.** Unesco: Cricúma. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde Mental, 75p, 2013.

CORREIA, J. R.; VENTURA C. A. Tratamento de portadores de transtorno mental no Brasil: **da legalização da exclusão à dignidade humana.** São Paulo v.15 n.1, p. 40-60, mar./jun. 2014.

DESSEN, M. A.; POLONIA, A. C. A família como contexto de desenvolvimento. Paidéia: Ribeirão Preto, v. 17, n 36, 2007.

FABRINO, V. N. **Afetividade e base familiar: norteadores da formação da personalidade.** São Mateus: UNISAM /Faculdade Norte Capixaba de São Mateus, 2012.

FELIPPI, M. O. O portador de transtorno mental e o adoecimento da família: **estratégias para a inclusão dos familiares nos projetos terapêuticos do CAPS**. Florianópolis: Escola de Saúde de Santa Catarina. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização (Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Escola de Saúde Pública de Santa Catarina, 93 p, 2012.

FELTES, D. L; HOCH, V. A. Saúde Mental: **(re)conhecendo a pessoa em sofrimento psíquico em suas potencialidades**. 125 p. Universidade do Oeste de Santa Catarina – UNOESC, 2011.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, Tarcisa Bezerra. **A família em situação de vulnerabilidade social no contexto hodierno da desinstitucionalização psiquiátrica**. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Sociedade), Universidade Estadual Do Ceará: Fortaleza, 160 f, 2015.

GOMES DA SILVA, Kely Vanessa Leite. **Cuidado ao familiar de adulto em sofrimento psíquico: desafio para a assistência de enfermagem**. Dissertação (Curso de Mestrado Acadêmico Universidade Estadual do Ceará. Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde.. - Fortaleza, 2010. 120p.

JORGE, Maria Salete Bessa Jorge; BEZERRA, Maria Luciene Moreira Rolim. **Inclusão e exclusão social do doente mental no trabalho representações sociais**. Texto contexto - enferm. v.13 n.4, 2004.

KREPPNER, Kurt. A criança e a família: **interdependência em vias de desenvolvimento**. Revista Psicologia Teoria. e Pesquisa, Brasília, v. 16, n. 1, p.11-22, abril de 2000.

LACERDA, Maria Ribeiro. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família: **na perspectiva da área pública**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 15(5):2621-2626, 2010.

LAVALL, Eliane. Família e o cuidado de saúde mental no domicílio: **estudo avaliativo**. 2010. 116 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

MELMAN; Jonas. Família e Doença Mental: **repensando a relação entre familiares e profissionais**. São Paulo: Escrituras Editora, 2006.

MORENO, V; ALENCASTRE, M, B. A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. Revista Escola de Enfermagem da USP, 2003.

MORENO, Vânia. Família de portador de transtorno mental: **vivenciando o cuidado em um centro de Atenção Psicossocial**. Revista de Enfermagem da USP, 2009.

NAVARINI, Vanessa; HIRDES, Alice. A Família do portador de transtorno mental: a. Identificando Recursos adaptativos. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v 17, n. 4, p. 680-688, 2008.

NEVES, A. S. et al. **A dinâmica familiar do paciente psiquiátrico: entre a contenção e a identificação.** In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL. 2006.

OLIVEIRA, N. H. D.. Recomeçar: **família, filhos e desafios.** São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

OLIVEIRA, R. M. P; LOYOLA, C. M. Família do paciente psiquiátrico: **o retrato de uma ilustre desconhecida.** Acta Scientiarum Health Sciences: Maringá, v. 26, no. 1, p. 213-222, 2004.

PARPINELI, Vera Lucia Fedel. **A família do portador de sofrimento psíquico na atenção psicossocial.** Dissertação (Mestrado em Psicologia), 2010. 81f.

PIMENTA, Eliane de Souza. A relação das famílias no tratamento do portador de transtorno mental realizado no Centro de Atenção Psicossocial: **uma perspectiva institucionalista.** Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Belo Horizonte, 2008. 123f.

PEREIRA, M. A. O. Representação da doença mental para a família do paciente. **Revista INTERFACE – COMUNICAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO,** v. 7, n. 12, p.71-82, fev , 2003.

RODRIGUES, C. R.; FIGUEIREDO, M. A .C. **Concepções sobre a doença mental em profissionais, usuários e seus familiares.** Estudos de Psicologia, p. 117-1255, 2003.

SANTIN, Gisele; KLAFKE, Teresinha Eduardes. **A família e o cuidado em saúde mental.** Barbarói: Santa Cruz do Sul, n. 34, jan/jul. 2011.

SANTOS, Thais Carvalho; CARRAPATO, Josiane Logizia. **A importância da família na qualidade de vida das pessoas com doença mental.** V Encontro de iniciação científica, IV Encontro de extensão universitária e I Encontro de iniciação científica p/o ensino médio. [Internet], v. 5, n. 5, 2010.

SILVA, I. R. P. **A banalização da exclusão social de portadores de transtornos mentais em situação de rua na região metropolitana de Belém.** In: III seminário internacional violência e conflitos sociais: ilegalismos e lugares morais, 2011, FORTALEZA. III SEMINÁRIO INTERNACIONAL VIOLÊNCIA E CONFLITOS SOCIAIS: ILEGALISMOS E LUGARES MORAIS, 2001. v. 1. p. 139-139.

SOUZA et al. **Saúde mental na estratégia saúde da família: revisão da literatura brasileira.** Revista: saúde e sociedade. 2012

SOUZA; R. C; SCATENA; M. C. M. Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. Revista Latino-americana de Enfermagem, 2005 março-abril; 13(2):173-9.

WAIMAN, M. A. P; ELSEN, I. O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. **Texto Contexto Enferm** 2005 Jul-Set; 14(3):341-9.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Livro de recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação**, 2005.

7. APÊNDICES

7.1 APÊNDICE A

Tabela 2 - Classificação dos artigos

AUTOR	TITULO	TIPO	ANO	INDEXAÇÃO
AMARANTE, Paulo	Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica.	Caderno de saúde pública	1995	B2
KREPPNER, Kurt.	A criança e a família: interdependência em vias de desenvolvimento.	Revista psicologia teoria e pesquisa	2000	A1
SILVA.	A banalização da exclusão social de portadores de transtornos mentais em situação de rua na região metropolitana de Belém.		2001	
MORENO; ALENCASTRE	A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico.	Revista da escola de enfermagem	2003	A2
PEREIRA	Representação da doença mental para a família do paciente.	Revista interface – comunicação, saúde, educação	2003	B1
OLIVEIRA; LOYOLA	Família do paciente psiquiátrico: o retrato de uma ilustre desconhecida.	Revista acta scientiarum. health sciences (online)	2004	B2
WAIDMAN; ELSEN	O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização	Revista texto e contexto	2005	A2
NEVES et al.	A dinâmica familiar do paciente psiquiátrico: entre a contenção e a identificação	Revista estudos de psicologia	2006	A1
NAVARINI, Vanessa; HIRD ES, Alice.	A Família do portador de transtorno mental: a. Identificando Recursos adaptativos.	Revista texto e contexto	2008	A2

MORENO, Vânia.	Família de portador de transtorno mental: vivenciando o cuidado em um centro de Atenção Psicossocial	Revista escola de enfermagem	2009	A2
LACERDA, Maria Ribeiro	Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família: na perspectiva da área pública	Revista ciência e saúde coletiva	2010	B1
LAVALL	Família e o cuidado de saúde mental no domicílio: estudo avaliativo.	Revista gaúcha de enfermagem	2010	B1
SANTOS et al	A importância da família na qualidade de vida das pessoas com doença mental.	V Encontro de iniciação científica e IV Encontro de extensão universitária	2010	
ALMEIDA; FELIPES	O impacto causado pela doença mental na família	Revista portuguesa de enfermagem de saúde mental	2011	B4
BINOTTO et al.	Interface saúde da família e saúde mental: uma estratégia para o cuidado.	Revista brasileira de medicina de família e comunidade.	2012	B4
FABRINO	Afetividade e base familiar: norteadores da formação da Personalidade		2012	
GOMES, T. B	O processo de valorização da família na política de saúde mental: beneficiária ou refém no contexto das mudanças estruturais contemporâneas.	Revista acadêmica da escola superior do ministério público do estado do Ceará	2015	B1
SOUZA et al.	Saúde mental na estratégia saúde da família: revisão da literatura brasileira.	Revista: saúde soc.	2012	B2
RODRIGUES; FIGUEIREDO.	Concepções sobre a doença mental em profissionais, usuários e seus familiares.	Revista estudos de psicologia (natal. online).	2003	B3

CORREIA; VENTURA	O tratamento dos portadores de transtorno mental no Brasil: da legalização da exclusão à dignidade humana	Revista direito sanitário	2014	B4
---------------------	---	---------------------------	------	----

7.2 - APÊNDICE B

Tabela 3 - Dissertações e Teses

AUTOR	TITULO	TIPO	ANO
PIMENTA, Eliane de Souza.	A relação das famílias no tratamento do portador de transtorno mental realizado no Centro de Atenção Psicossocial: uma perspectiva institucionalista.	Dissertação de mestrado em psicologia	2008
GOMES DA SILVA, Kely Vanessa Leite.	Cuidado ao familiar de adulto em sofrimento psíquico: desafio para a assistência de enfermagem.	Dissertação de mestrado acadêmico em cuidados clínicos em saúde	2010
LAVALL, Eliane.	Família e o cuidado de saúde mental no domicílio: estudo avaliativo.	Dissertação de mestrado	2010
PARPINELI, Vera Lucia Fedel.	A família do portador de sofrimento psíquico na atenção psicossocial	Dissertação de mestrado em psicologia	2010
FELTES; HOCH	A. Saúde Mental: (re)conhecendo a pessoa em sofrimento psíquico em suas potencialidades	Trabalho de pós-graduação em saúde mental e coletiva.	2011
FELIPPI, M. O.	O portador de transtorno mental e o adoecimento da família: estratégias para a inclusão dos familiares nos projetos terapêuticos do CAPS.	Trabalho de conclusão de curso de especialização	2012
CALEGARI; M.P.	A família do portador de transtorno mental.	Trabalho de conclusão de curso de especialização em saúde mental	2013
GOMES; Tarcisa Bezerra.	A família em situação de vulnerabilidade social no contexto hodierno da desinstitucionalização psiquiátrica	Dissertação (mestrado em políticas públicas e sociedade)	2015

7.3 - APÊNDICE C

Tabela 4 - Legislação e Cartilha

AUTOR	TITULO	TIPO	ANO
WORLD HEALTH ORGANIZATION	Livro de recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação	Legislação	2005
BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.	Programa de volta para casa: liberdade e cidadania pra quem precisa de cuidados em saúde mental.	Cartilha	2001

7.4 - APÊNDICE D

Tabela 5 - Livros

AUTOR	TITULO	TIPO	ANO
ÁRIES, Philippe.	História social da criança e da família	Livro	1981
OLIVEIRA	Recomeçar: famílias, filhos e desafios	Livro	2004
MELMAN; Jonas.	Família e doença mental: repensando a relação entre familiares e profissionais	Livro	2006

GIL, Carlos.	Antônio	Métodos e técnicas de Pesquisa Social.	Livro 2008