

PSICOPATOLOGIAS QUE ACOMETEM CUIDADORES DE FAMILIAR COM TRANSTORNO MENTAL.

PATRÍCIA SANTOS DA SILVA GUEDES

Bacharelanda em Psicologia

JANDIRA DANTAS DOS SANTOS

Psicóloga, Pedagoga e Doutoranda em Políticas Sociais e Cidadania.

jandira.santos@ucsal.edu.br

RESUMO

Este trabalho tem como tema o cuidado de pessoas com transtorno mental por parte de familiares e apresenta como questão de pesquisa: quais os principais fatores de adoecimento psicológico que acometem os cuidadores de familiares com transtornos mentais? Para desenvolver a pesquisa partimos do objetivo: compreender os fatores de adoecimento psicológico que acometem os cuidadores de familiares com transtornos mentais. Quanto ao aspecto metodológico a pesquisa é qualitativa e de revisão de literatura de cunho exploratório, onde foram utilizados livros e artigos indexados em bancos de dados, revistas, dados oficiais de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. O resultado alcançado com a pesquisa é de que os familiares cuidadores de ente queridos com transtorno mental encontram-se desgastados física e mentalmente e necessitam de suporte psicológico para conseguir garantir uma melhor qualidade de vida para si e para o seu assistido.

Palavras-chave: Cuidador. Sobrecarga. Psicopatologia. Família.

ABSTRACT

This paper has as its theme the care of people with mental disorders by family members and presents as a research question: what are the main factors of psychological illness that affect the caregivers of family members with mental disorders? To develop the research we started from the objective: to understand the factors of psychological illness that affect the caregivers of family members with mental disorders. As for the methodological aspect, the research is qualitative and literature review of an exploratory nature, where books and articles indexed in databases, magazines, official data were used according to the inclusion and exclusion criteria. The result achieved with the research is that the family caregivers of loved ones with mental disorders are physically and mentally worn out and need psychological support to be able to guarantee a better quality of life for themselves and their caregiver.

Key words: Caregiver. Overload. Psychopathology. Family

INTRODUÇÃO

A família é o primeiro lugar de convivência grupal em que se desenvolve os primeiros passos para as modalidades de organização social, desta forma ela torna-se fundamental para a manutenção da espécie humana, assim como da sociedade e, por fim, do próprio Estado. O conceito de família configura-se com o contexto temporal, cultural, político e econômico, porém em todos os aspectos a família é entendida como célula *mater* da sociedade (GAMA 2008 apud VASSAL 2013).

Monteiro e Pinto (2009 apud Maluf 2014), afirmam que o homem ao nascer torna-se membro integrante de uma entidade natural e a ela permanece ligado durante toda a sua existência, mesmo que posteriormente venha a constituir outra, através do casamento, união estável ou monoparentalidade. Essa entidade natural é a família conhecida como o núcleo fundamental, a base mais sólida em que repousa toda a organização social humana.

Desde que há vida, existem cuidados. Cuidar, tomar conta, é um ato de vida que tem como finalidade básica, assegurar a manutenção e continuidade da existência, sendo comum a todas as culturas, embora as suas formas de cuidar possam ser as mais variadas; cabe à família esse papel, pois é essencialmente ela que executa e se responsabiliza pelo cuidado (BAPTISTA 2012).

Deve-se procurar que o familiar retorne para casa e considere as condições e habilidades dele e dos familiares para essa vivência, caso contrário ela pode se tornar negativa. É notório que existem dificuldades diversas que contribuem para conturbar a participação do familiar com transtorno mental no contexto da família, principalmente a de aceitação dele, devido ao seu comportamento gerado pela patologia psíquica JORGE et al (2008 apud WAIDMAN, 2012).

Cuidar da pessoa com transtorno mental impõe ao familiar situações associadas aos sintomas da doença, com as quais nem sempre está preparado para lidar. Estas situações incluem comportamentos de descontrole do familiar doente, que se torna mais agressivo e inquieto, causando um clima de intranquilidade que foge aos padrões até então conhecidos pelos que com ele convivem e que afetam toda estrutura familiar (SANT'ANA 2011).

Conforme o comportamento acima descrito, cria-se o preconceito a estes e inicia-se a rejeição que vem acompanhada da marginalização, estigmatizando-os por terem transtornos psíquicos. Todo esse preconceito e maus tratos se dão em virtude da família e da sociedade, ainda que se esteja no século XX, não terem um entendimento plausível para solucionar tais questões. Desta forma a única alternativa que se tinha era a internação psiquiátrica por meses ou anos, isso amparado por psiquiatras (SANTOS, 2013).

Em função tanto das mudanças na concepção de saúde, quanto das transformações dos serviços oferecidos, o discurso acerca da necessidade e importância da participação da família no cuidado de seus parentes diagnosticados com transtornos mentais ganhou destaque. Oficialmente, a família passou a ser posicionada como parceira do tratamento nos novos ambientes de atendimento, sendo construída como unidade de atenção e cuidado. (MARTINS e LORENZI 2016).

Como cuidadores, os familiares tenderão a reconhecer sua importância nesta árdua tarefa que é de inserir seu ente na sociedade em que vive, pois se deve entender que seu envolvimento tornará as intervenções mais eficazes, entretanto não se devem desconsiderar seus limites no processo do cuidar e de suas dificuldades, a fim de que não venham sofrer danos irreversíveis em sua psique.

Sabedor do processo lento e desgastante o familiar deve ter conhecimento que sua intervenção trará bons resultados no desenvolvimento do seu ente querido, não podendo ultrapassar seus limites psíquicos, a fim de que não venham incorrer no risco de tornar-se semelhante ao que já possui o transtorno. Assim, faz-se necessário entender os perigos da sobrecarga do cuidador e buscar uma forma mais adequada de atenção ao seu familiar.

O cuidado cotidiano pode levar ao estreitamento de laços afetivos, vínculos, intimidade e reciprocidade entre quem cuida e quem é cuidado. Este cuidado diário que favorece uma relação muito próxima, por vezes, gera conflitos entre cuidador e a pessoa cuidada. Desta forma, essa relação pode causar sentimentos de opressão, pesar, tristeza, entre outros. Quando se trata de um familiar, o vínculo pode tornar-se maior e a relação de compaixão e solidariedade faz com que o cuidador esteja sujeito a este misto de sentimentos diante desta situação (BATISTA 2012).

A pesquisa tem como objetivo: compreender os fatores de adoecimento psicológico que acometem os cuidadores de familiares com transtornos mentais. Para

alcançar este objetivo o percurso metodológico utilizado foi de uma pesquisa qualitativa e de revisão de literatura de cunho exploratório, onde foram utilizados livros e artigos indexados em bancos de dados, revistas, dados oficiais de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

Diante do exposto faz-se necessário saber quais os principais fatores de adoecimento psicológico que acometem os cuidadores de familiares com transtornos mentais. Na sequência, trazer o conceito de família e transtorno mental além de discutir as políticas públicas voltadas para essa questão e, possíveis técnicas utilizadas para acolher o cuidador do familiar com transtorno psicológico.

2. FAMÍLIA, SOCIEDADE E TRANSTORNO MENTAL.

A família se modifica conforme o tipo de sociedade, o tempo e a sua estrutura social, na medida em que sofre as influências dos acontecimentos sociais. Desta forma Carnut e Faquim (2014), trazem o conceito de família na psicologia por intermédios de: Gomes (1988); Szymanski (2002), que afirmam esta ser um grupo de pessoas quando decidem viver juntos em uma estrutura hierarquizada, com ligação afetiva duradoura e com cuidado mútuo; e na sociologia por intermédio de Durkheim (2007), declara ser uma instituição básica da sociedade, sendo um grupamento humano mais simples podendo preencher as contingências básicas da vida biológica e social.

Contribuindo com as definições acima Carneiro (2009), conceitua a família como um sistema formado por subsistemas que estão em constante mudança, que as fazem se atualizarem de acordo com o desenvolvimento das sociedades, sem deixar os comportamentos repetitivos, mitos, costumes, padrões, dentre outros.

Conforme Minuchin (1990 apud Carneiro, 2009), a industrialização obrigou ao homem a busca de desenvolvimento de habilidades altamente especializadas e da capacidade de adaptação rápida a uma situação socioeconômica constantemente em mudança. Estas mudanças influenciaram a família, por ser um sistema que opera através de padrões transacionais e esses padrões regulam o comportamento dos membros da família.

Carnut e Faquim (2014), apoiando-se no conceito sociológico, percebem a família com um caráter de “unidade primária”. Sem a família, não haveria ligações

interpessoais e sim um aglomerado de sujeitos sem coletividade entre os seres humanos.

No que se refere aos familiares de pessoas com transtorno mental, a ideia que se tinha da família no contexto psiquiátrico é que a família era a causa da loucura do seu ente, e que sua presença seria obstáculo para a cura, pois para eles o transtornado tinha a consciência de que seu mal vinha da família; desta forma entendia que o poder médico é um tipo de poder diferente do poder familiar que, para ser efetivamente exercido e agir com eficácia sobre o doente, faz-se necessário suspender tudo o que são configurações, pontos de apoio e intermediações próprios do poder familiar (Lira 2016).

Segundo Carnut e Faquim, (2014) a inserção de uma doença crônica **ou psíquica** (grifo nosso) pode acontecer em qualquer etapa do ciclo de vida familiar, afetando a todos os integrantes, cada um de sua maneira. No momento em que a família descobre uma doença crônica **ou psíquica** (grifo nosso), os membros da mesma podem realizar dois movimentos: um de aproximação de seus membros e outro de afastamento, podendo até ocorrer de alguns familiares ignorarem o fato de ter uma doença séria, dentro do seu contexto familiar.

2.1 Definições de transtorno mental.

Segundo a Associação de Psicologia Americana (APA. 2010), o transtorno mental é caracterizado por sintomas psicológicos, comportamentos anormais, funcionamento prejudicado ou qualquer combinação destes. Tais transtornos podem causar sofrimento clinicamente significativo e prejuízo em uma variedade de esferas de funcionamento e podem ser devidos a fatores orgânicos, sociais, genéticos, químicos ou psicológicos.

Transtornos mentais são alterações do funcionamento da mente que prejudicam o desempenho da pessoa na vida familiar, na vida social, na vida pessoal, no trabalho, nos estudos, na compreensão de si e dos outros, na possibilidade de autocrítica, na tolerância aos problemas e na possibilidade de ter prazer na vida em geral. Isto significa que os transtornos mentais não deixam nenhum aspecto da condição humana intocado. (AMARAL, 2011)

Segundo Toledo (2011), na medicina, a palavra transtorno representa uma anormalidade e significa que uma função do seu corpo, neste caso a mente, pode não estar funcionando perfeitamente. Os transtornos são causadores de problemas na vida das pessoas, pois eles significam que uma determinada função psíquica não está reagindo perfeitamente.

Marconi (2018) conceitua os transtornos mentais, por meio do CID –10, que declara ser uma doença ou lesão cerebral, formando uma disfunção cerebral, podendo ser primária afetando cérebro diretamente e preferencialmente; ou secundário, acometendo o cérebro como um dos múltiplos órgãos ou sistemas corporais envolvidos.

Por meio da medicina, Amaral (2011), esclarece que o termo transtornos mentais em geral resultam da soma de muitos fatores como, sendo eles: alterações no funcionamento do cérebro, fatores genéticos, fatores da própria personalidade do indivíduo, condições de educação, ação de um grande número de estresses, agressões de ordem física e psicológica, perdas, decepções, frustrações e sofrimentos físicos e psíquicos que perturbam o equilíbrio emocional; deixando claro que não tem uma causa precisa, podendo ter sua origem biopsicossociocultural.

Sobre a doença mental salienta que eclode em momento de grande emoção despertadas por razões, por assim dizer, normais. Para o autor quando a doença mental surge, vários sintomas aparecem que não podem de modo algum ser compreendidos do ponto de vista anatômico, porém tornam-se compreensíveis quando considerado a história pregressa do sujeito (JUNG 1986 apud MARCONI, 2018, p.02).

Contrapondo ao transtorno mental está a saúde mental, o que para Borba et al (2011), define da seguinte forma: Saúde mental é ter equilíbrio entre o pensar e o fazer, é ser capaz de desempenhar as atividades e estabelecer relações. Já o transtorno mental, eles definem como limitação, comprometimento para a realização de atividades cotidianas, que afeta a vida do indivíduo como um todo.

A saúde mental esta relacionada aos pensamentos, sentimentos e comportamento do individuo e, ao externá-los definiremos como estará a nossa saúde mental, pois não existe saúde mental sem o equilíbrio destes. Assim, podemos dizer que saúde mental é a capacidade de tomar decisões em relação à própria vida, ou seja, é a capacidade de se organizar interiormente e organizar o que está em volta.

A última versão do DSM (DSM V, 2013) traz a seguinte definição sobre transtorno mental:

Um transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes. Uma resposta esperada ou aprovada culturalmente a um estressor ou perda comum, como a morte de um ente querido, não constitui transtorno mental. Desvios sociais de comportamento (p. ex., de natureza política, religiosa ou sexual) e conflitos que são basicamente referentes ao indivíduo e à sociedade não são transtornos mentais a menos que o desvio ou conflito seja o resultado de uma disfunção no indivíduo, conforme descrito. (DSM V 2013, p.20).

2.2 A sobrecarga familiar provocada por parente com transtorno mental.

Para Cardoso et al (2012), a sobrecarga pode se apresentar em suas dimensões objetiva e subjetiva. A objetiva está relacionada às consequências negativas da presença de uma pessoa com transtorno mental na família, como acúmulo de tarefas, aumento de custos financeiros, limitação das atividades cotidianas e fragilização dos relacionamentos entre os familiares, entre outros. A sobrecarga subjetiva diz respeito à percepção pessoal do familiar sobre a experiência de conviver com o doente, seus sentimentos quanto à responsabilidade e às preocupações que envolvem o cuidado à saúde.

Conforme Kebbe et al (2014), cuidar de um familiar com transtorno mental exige que o cuidador auxilie nas diversas atividades cotidianas, gerando dificuldades para quem cuida.

Segundo Schrank, Olschowsky (2008 apud Borba et al 2010), cuidar da pessoa com transtorno mental representa para a família um desafio e envolve sentimentos intrínsecos à vivência de um acontecimento imprevisto e seus próprios preconceitos em relação à doença. Isso implica em perceber o ser humano como ser de possibilidades, capacidades e potencialidades, independente das limitações ocasionadas pelo transtorno mental.

As dificuldades enfrentadas pelos cuidadores faz com que eles necessitem de atenção profissional. Elmelman (2002 apud Eloia et al 2014), diz que a sobrecarga familiar é definida como o impacto causado no meio familiar pela convivência com a

pessoa com transtorno mental, envolvendo aspectos econômicos, práticos e emocionais aos quais os cuidadores são submetidos, motivos pelos quais merecem a atenção dos profissionais de saúde.

A sobrecarga traz mudanças na vida dos cuidadores e, estas mudanças ocorridas na vida dos cuidadores afetam seus sentimentos, seu dia a dia e suas atividades. Os familiares cuidadores tendem a distanciar-se da vida sociofamiliar à medida que a doença do ser cuidado progride. Deste modo, geralmente há uma sobrecarga emocional e de atividades gerando uma transformação na vida daquele que se compromete a assumir esse papel de cuidador (Santana et al 2009).

Segundo Demarco (2015), os familiares de pessoas com transtorno mental têm sua importância como cuidador e participante quando seus entes estão fora dos manicômios, porém, essas novas responsabilidades acarretarão grande impacto e sobrecarga, afetando o emocional, físico e financeiro de toda a família.

Diante disto, entende-se que a sobrecarga familiar provocada pelo parente com transtorno mental envolve vários fatores que incluem aspectos emocionais, físicos, econômicos, entre outros. O ato de cuidar gera insegurança, medo, dor e frustrações devido às dificuldades diárias inerentes a responsabilidade que lhe foi conferida; condição vivida pelo acúmulo de tarefas advindas dos cuidados, bem como restrições em suas atividades rotineiras (autocuidado, trabalho, lazer) e nas relações interpessoais.

2.3 O adoecimento dos cuidadores provocados pela sobrecarga de cuidar.

Conforme Batista (2016), a desinstitucionalização¹ tirou as responsabilidades das instituições hospitalares colocando-as sobre a família, e que a partir desta ruptura (paciente / instituição hospitalar), a reabilitação psicossocial do sujeito em sofrimento mental ficou a cargo dos cuidadores, entretanto a falta de harmonia familiar para se estabelecer quem deverá ser o cuidador pode provocar um alto nível de estresse, visto que o ato de cuidar não foi instintivo.

¹ Consiste no processo de desconstrução de práticas manicomiais e construção de novos saberes, os quais sejam capazes de privilegiar a subjetividade e autonomia do indivíduo, bem como o livre exercício de sua cidadania.

Cardoso et al (2012) afirma que a transferência da responsabilidade para a família dos pacientes psiquiátricos trouxe uma série de dificuldades, provocando eventos estressores tais como: alterações da rotina doméstica, restrições das atividades sociais e profissionais, sobrecarga financeira, alterações afetivas; tendo todas elas um agravante na preocupação com o paciente no curso dessas doenças.

Caso não haja uma preocupação voltada para o princípio do cuidado, que pode causar estresse, o cuidador poderá ser acometido por outras doenças psiquiátricas. Como afirmam Bessa; Waidman (2013) se não houver orientação e preparo desse cuidador por profissionais de saúde mental, o seu sofrimento psíquico poderá ser ainda maior.

Barroso et al (2007 apud Dourado, 2018), diz que sem um apoio adequado da equipe de saúde e o despreparo da família, gradativamente, tem direcionado o cuidador ao adoecimento mental, neste caso podemos destacar a ansiedade e depressão, decorrentes, muitas vezes, do tempo dedicado ao cuidado.

Os cuidadores encontram-se muitas vezes sem saber qual direção deve tomar em relação ao seu ente, uma vez que eles não tem conhecimento da doença e de como lidar com ela, desta forma inicia-se uma sobrecarga agravada pelo despreparo, pelo acúmulo de tarefas e por não terem um acompanhamento adequado por parte dos Psicólogos/Psiquiatras que acompanham seu familiar. Assim, eles não conseguem administrar com maestria a forma como deve cuidar do seu familiar em questão, e como resultados são acometidos por algumas doenças psíquicas.

2.3.1 Psicopatologias que acometem os cuidadores: Ansiedade e depressão

Segundo Pawlowski et al (2010), vários estudos têm apontado para a prevalência de algum tipo de transtorno mental, sobretudo de síndromes depressivas e ansiosas, em cuidadores familiares. Dourado (2018) concluiu por meio de seus estudos que o exercício do cuidado à pessoa com transtorno mental ao longo do tempo pode estar associado ao adoecimento do cuidador.

Conforme Chaves e Corrêa (2018), depressão e ansiedade tem fenômenos separados e sintomas heterogêneos, porém tem suas raízes em acontecimentos do cotidiano, podendo alternar-se na vida do indivíduo. A ansiedade é um sentimento

desagradável de medo que causa tensão e desconforto, gerando pensamentos negativos, como o de impotência e falta de atenção.

Dalgalarrondo (2008), afirma que o indivíduo no processo de ansiedade, tem seus sentimentos indesejáveis associados ao transtorno, desta forma tenta evitar situações que o faça responder emocionalmente. Como agravante, tem a dificuldade para realizar trabalhos, desfrutar de seus momentos de lazer ou participar afetivamente com seus familiares. Desta forma a angústia, o nervosismo e a irritação passam a fazer parte dos seus dias; caracterizando a ansiedade generalizada.

Beltrami, Souza e Dias (2013 apud Dourado, 2018) afirmam que a ansiedade pode convergir para a depressão, por estar acompanhada com as alterações de humor e como uma enorme tristeza. Dalgalarrondo (2008) diz que a síndrome mista de ansiedade e depressão caracteriza-se pela presença de sintomas das duas.

Desta forma a Classificação Internacional de Doenças – 10, declara que a ansiedade pode ser acompanhada de sintomas depressivos ou obsessivos, assim como certas manifestações que traduzem uma ansiedade fóbica, desde que essas manifestações sejam, contudo, claramente secundárias ou pouco graves (CID-10, F41, 2012, p.24).

Do exposto, para Cheniaux (2013), a tristeza é um sentimento humano normal, entretanto ao associar a experiências significativas, como algum evento que aconteceu na vida do indivíduo, pode se tornar patológica, vindo a se transformar em depressão, podendo ser primária, sem conhecimento de causa ou secundária quando esta associada a fatores bem definidos.

3 A reforma psiquiátrica.

A Lei Nº 10.216, de 06 de abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A referida lei foi sancionada pelo Presidente da República, Sr. Fernando Henrique Cardoso e decretada pelo Congresso Nacional sendo publicada no Diário Oficial da União em 09 de abril de 1990 e traz no seu teor que:

a) O indivíduo com transtorno mental não poderá ser discriminado quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade,

família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

b) Terão direitos ao melhor tratamento do sistema de saúde, conforme suas necessidades, devendo ser tratado com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando inseri-lo na sociedade (família, trabalho e comunidade); ter proteção contra qualquer forma de abuso ou exploração; ter suas informações transmitidas somente às pessoas amparadas por lei (tutor, quando da sua incapacidade mental); a assistência médica dar-se-á quando necessário para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; não lhe será ocultado os meios de comunicação disponíveis; ter todas as informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; ter preferencial em serviços comunitários de saúde mental.

c) A internação voluntária ou não será executada quando não houver condições de cuidados extra-hospitalares; porém a internação voluntária se dará com a assinatura da solicitante e terminará com a assinatura do médico responsável; a internação involuntária terá a assinatura do médico na admissão e quanto a alta, devendo o Ministério Público ser comunicado no prazo de 72; a internação compulsória, é determinado pelo Juiz competente.

d) Nenhum tipo de pesquisa será realizada com o paciente sem seu consentimento ou de seu familiar (representante legal), bem ao sem comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde que criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei (Lei No 10.216, de 6 de abril de 2001).

Conforme Lira (2016), antes do início da reforma Antimanicomial o que se via era a explícita ideia de que o pensamento psiquiátrico da época em questão considerava a família como desnecessária e até mesmo maléfica no tocante ao cuidado para com o doente mental, devendo a mesma ser excluída do seu processo de tratamento e assim, legitimando o asilo como instância potencialmente útil e exclusiva para essa finalidade, pois todo contato com a família era considerado perturbador, perigoso, sendo, necessário evitá-lo.

Para Borba et al (2010) e Spadini e Souza (2006 apud Ramos et al,2019), a assistência em saúde mental por muitos anos foi marcada pela estigmatização e segregação das pessoas com transtornos mentais, sendo o modelo hospitalocêntrico

a referência de tratamento a essas pessoas. Assim, a família ficava afastada dos cuidados ao doente, uma vez que a convivência familiar era entendida como uma das causas da doença e prejudicial ao tratamento, por outro lado, a família delegou esse cuidado pelo desconhecimento de não saber como agir frente a certas manifestações do doente, além da sobrecarga física e emocional acarretada a seus membros.

Conforme Foucault (2006 apud Lira, 2016), por volta dos anos 1850-1860, começa a ser formulada a ideia de que o louco deve ser posto num meio análogo à família, embora este meio não seja propriamente a família. De todo modo, concebe-se um espaço que acolhe o louco dotado desses elementos “quase familiares” que, inversamente ao cenário anterior, possui um valor terapêutico, sendo um modelo a partir do qual se pode construir certa ortopedia psicológica e moral, inclusive fora do hospital psiquiátrico.

Amarante e Nunes (2018) relatam que na década de 70 surgem as primeiras lutas Antimanicomiais, pois o descaso e a violência com os pacientes eram alarmantes; chegando ao ponto de entidades expressivas, tais como: OAB, ABI, CNBB, dentre outras, juntamente com bolsistas e residentes dos hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde (MS), enviarem carta ao MS com denúncias, que teve como resultado a demissão de 260 profissionais.

Para Behenck (2011), o referido movimento antimanicomial teve como foco principal a desinstitucionalização, desta forma pessoas com transtornos mentais teriam a oportunidade de se reintegrarem a suas famílias e a sociedade; e assim as famílias se viram na realidade do convívio e o cuidado com seus familiares com transtorno mental.

Para Campos e Soares (2005 apud Kebbe et al, 2014), a Reforma Psiquiátrica brasileira pode ser concebida como um conjunto de aparatos jurídicos, administrativos e legislativos direcionado para a desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais, a qual aponta para a desconstrução do paradigma tradicionalista da psiquiatria e do modelo hospitalocêntrico, concomitante à construção de novos serviços de atenção em saúde mental.

Segundo Cardoso, Galera e Vieira, (2012) a reforma psiquiátrica permite a modificação do modelo de assistência psiquiátrica, motivando a inclusão da família no cuidado aos familiares com transtorno mental. Deste modo, a família passa a ser núcleo estratégico e privilegiado das intervenções de reabilitação e reinserção

psicossocial de pessoas com transtorno mental, e tem sido vista como aliada no tratamento realizado, porque dá continuidade ao trabalho de profissionais de saúde.

Carnut e Faquim (2014), alertam que a reorganização da atenção primária ao familiar acometido de transtorno mental transfere o foco do cuidado do “indivíduo” para a “família” como *locus* de ação das intervenções, no intuito de uma integralidade do ser humano.

Assim, para Silva e Sadiguský (2008 apud Kebbe et al, 2014), a reforma psiquiátrica extinguirá gradualmente os hospitais psiquiátricos e com isso dará maiores oportunidades para as famílias passarem mais tempo juntas, sendo que essa aproximação familiar é uma relevante conquista da desinstitucionalização, mas se constata que os familiares, muitas vezes despreparados, se deparam com desafios ao assumirem o papel de cuidadores do parente em sofrimento mental.

Segundo Moreno, Alencastre (2003 apud Borba et al, 2010), o despreparo da família se dá em virtude de que a família historicamente foi excluída do tratamento dispensado às pessoas com transtorno mental, pois os hospitais psiquiátricos eram construídos longe das metrópoles o que dificultava o acesso dos familiares a essas instituições. Essa separação se dava por entender que o próprio paciente era o culpado por sua mazela.

A proposta de desinstitucionalização do portador de sofrimento psíquico não tem sido tarefa fácil para as famílias. Elas enfrentam dificuldades para manter o familiar no convívio social, principalmente pela falta de infraestrutura comunitária, como serviços substitutivos de saúde mental eficientes e formas de lidar com o portador de transtorno mental (BEHENCK, 2011, p. 211).

Cardoso e Galera (2011 apud Eloia et al., 2014), afirmam que esse processo de desinstitucionalização psiquiátrica evoca o novo contexto brasileiro da saúde mental, cujos hospitais psiquiátricos deixam de constituir a base do sistema assistencial e cede a uma rede de serviços extra-hospitalares de crescente complexidade. Quando necessária, a internação psiquiátrica acontece com períodos mais curtos de hospitalização, favorecendo a consolidação de um modelo de atenção à saúde mental mais integrado, dinâmico, aberto e de base comunitária.

Behenck (2011) informa que o Ministério de Saúde em sua I Conferência Nacional de Saúde Mental no Brasil, em 1987, cria o primeiro serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS - SP); no qual teve uma

repercussão nacional, pois ficou clara a possibilidade de um atendimento que poderia substituir os hospitais psiquiátricos.

A reforma psiquiátrica tem seu ônus e bônus, o bônus se dá quando refere-se a ressocialização da pessoa com transtorno mental, pois ela passará a ter um convívio familiar em concomitância com sua inserção na sociedade, lugar em que seus direitos deverão ser respeitados como estão estabelecidos por lei; o ônus está nas dificuldades que o familiar enfrenta no seu dia-a-dia para cuidar seu ente com transtorno mental; essa falta de preparo acarreta desgaste e sobrecarga trazendo adoecimento para eles.

3.1 O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS

O CAPS que surgiu com a reforma Psiquiátrica Brasileira é uma rede substitutiva aos Hospitais Psiquiátricos de maior importância, pois tem como função o atendimento clínico diário no ensejo de evitar as internações e promover a inserção social do indivíduo com transtorno mental; por meio do CPAS, as funções são intersetoriais, com articulações estratégicas na rede da política de saúde mental num determinado território.

Ferreira et al (2016), informa que o atendimento multidisciplinar do CAPS, dar-se-á em rede, desta forma a atenção básica, as Estratégias de Saúde da Família (ESF) e a própria família do sujeito trabalham juntas para a melhora do paciente. Para o êxito do trabalho em rede os serviços são oferecidos na sua área de abrangência, facilitando o atendimento clínico, a reinserção do indivíduo e o fortalecimento familiar; os trabalhos são iniciados no próprio CAPS estendendo sua realização para a comunidade (trabalho, sociedade, família, vida social).

Segundo Mielke et al (2009), o CAPS desenvolve suas funções com uma equipe multiprofissional com atividades diversificadas, seu atendimento ocorre em grupos ou individual, exercitando o lúdico por meio de oficinas terapêuticas, além da prescrição de medicação; as famílias além de ter acesso livre nos trabalhos são consideradas a parte mais importante para a evolução satisfatória do usuário, pois o seu acesso aos serviços são livres.

A equipe multiprofissional é composta por diversos profissionais, dentre eles o psicólogo, porém Cantele, Arpine e Roso (2012), trazem a informação que os

psicólogos ao se depararem com a nova abordagem de tratamento acatada pelo CAPS, tiveram dificuldade em aplicá-la, necessitando desta forma de uma preparação anterior a sua inserção neste novo contexto; as dificuldades estavam elencadas na prática dos atendimentos clínicos e por ser esta uma modalidade mais ampla, entretanto eles ressignificaram este novo tratamento e reinventaram novas práticas.

Ministério da Saúde por meio de um documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental, que tratava da Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil informa a função principal do CAPS.

São serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL 2005, p. 27).

Embasado no Ministério da Saúde, Mielke et al (2009), declaram que o CAPS exerce um trabalho territorializado e tem um caráter reabilitador, e, o fortalecimento desta reabilitação se dá por estar inserido na própria comunidade do paciente, e este terá maior facilidade para a ressocialização, uma vez que sua cidadania e autonomia são respeitados.

Por ser um trabalho territorializado o Ministério da Saúde determina quais os diversos tipos de CAPS como no quadro abaixo:

TIPO DE CAPS	FUNÇÃO DESEMPENHADA
CAPS I e CAPS II	São CAPS para atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes
CAPS III	CAPS para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes.
CAPSi	CAPS para infância e adolescência, para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais.
CAPSad	CAPS para usuários de álcool e drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação.

Fonte: Brasil, 2004.

3.2. Intervenções em psicologia voltadas para os cuidadores de familiares com transtorno mental no CAPS por meio da psicoeducação.

A psicoeducação surge com a reforma psiquiátrica trazendo mudanças no âmbito familiar de pessoas com transtorno mental, tendo como objetivo o complemento farmacológico; desta forma ambos são beneficiados, o cuidador passa a entender melhor seu papel na família e a pessoa com transtorno mental se sente integrado no seio familiar, aumentando sua conscientização e suas responsabilidades a respeito de si mesmo (SANTANA, 2011).

Conforme Silva e Guedes (2008), as intervenções da psicoeducação têm como finalidade diminuir o estresse no âmbito familiar e, informações da doença, do tratamento lhes são cedidas, tendo como resultado a melhora da comunicação familiar. As estratégias que os cuidadores usarão para a melhora de seu ente querido tem como resultado principal a redução de recaídas e de internamentos, melhorando o funcionamento psicossocial da pessoa com transtorno mental.

Por meio das suas pesquisas Arantes, Picasso e Silva (2011), concluíram que não existia um programa voltado para os cuidadores, desta forma foi proposto um projeto de psicoeducação com os familiares dos usuários do CAPS; projeto que tem como objetivo, as trocas de experiências e descobertas das angústias que afligem os cuidadores a fim de minimizar as suas dores no ato de cuidar.

A Secretaria de saúde por meio de seu site oficial traz esclarecimento das funções dos CAPS:

Os CAPS nas suas diferentes modalidades são pontos de atenção estratégicos da RAPS: serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com sofrimento ou transtorno mental em geral, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, sejam em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial e são substitutivos ao modelo asilar. Os CAPS têm papel estratégico na articulação da RAPS, tanto no que se refere à atenção direta visando à promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, quanto na ordenação do cuidado, trabalhando em conjunto com as Equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, articulando e ativando os recursos existentes em outras redes, assim como nos territórios (Secretaria de Saúde 2020).

Conforme Pereira e Gomes (2012), quando os cuidadores recebem apoio psicológico através do processo de psicoeducação, eles conseguem compreender mais facilmente o sofrimento psíquico de seu ente querido, apesar de se sentirem sobrecarregados.

Na atenção psicossocial, o objeto do cuidado das equipes de saúde mental é a unidade familiar em toda sua complexidade, entendendo-a como integrante fundamental no tratamento, na recuperação e no processo de reabilitação psicossocial. Por isso, é imprescindível que a família seja acompanhada pelos serviços substitutivos de saúde mental de maneira que suas necessidades sejam acolhidas (MIELKE et al, 2010, p.02).

Conforme Coelho, Velôso e Barros (20178), nos serviços extra-hospitalares, a família é a melhor parceria, sendo possuidora também de direitos próprios e lhe são oferecidas atividades individuais e em grupo, onde são abordados temas diversificados, porém voltados para a pessoa em sofrimento psíquico. Assim, o CAPS oferece diariamente todo tipo de assistência ao usuário e a seus familiares, com o intuito de promover a cidadania e garantir os direitos de ambos.

Os familiares são, frequentemente, os prestadores de cuidados mais importantes para as pessoas com perturbação mental grave (PMG), sendo o tipo de apoio fornecido pela família dependente das necessidades e problemas do doente. Contudo, também apresentam necessidades que necessitam de serem satisfeitas, que muitas vezes não são valorizadas (PEREIRA e GOMES, 2012, p.02).

Para Mielke, et al (2010), a família tem um importante papel como cuidador, entretanto, ela também deve ser cuidada para poder superar todo e qualquer infortúnio que lhes sejam causados pelos cuidados dispensados a seu ente querido. Para isso, a família deve receber dos serviços substitutivos um acolhimento e uma escuta para sua reestruturação a fim de que ocorra a reabilitação psicossocial da pessoa que está sendo cuidada.

4. As responsabilidades dos cuidadores de familiares com transtornos mentais

O ato de cuidar é comum a todas as culturas, embora as suas formas de expressão possam ser as mais variadas; cabe à família esse papel, pois é essencialmente ela que executa e se responsabiliza pelo cuidado.

A pessoa com transtorno mental não consegue dar conta de suas responsabilidades, por isso precisa de auxílio das pessoas que vivem ao seu redor e, essa incapacidade é oriunda do cognitivo e físico que não se encontram em perfeito funcionamento. Cardoso e Galera (2010), estabelecem que a melhor maneira de

trabalhar com pessoas com transtornos mentais é qualificar seus familiares, sem excluir as particularidades de cada um deles (contexto cultural, social e econômico).

Souza-Filho (2010 apud Kebbe et al, 2014), diz que o cuidado ao familiar acometido de transtorno mental implica considerar: a transformação da pessoa outrora conhecida, a lidar com comportamentos (de isolamento, autodestruição, agressividade) e hábitos inadequados de higiene, os quais podem gerar nos cuidadores: ansiedade, raiva, culpa e medo. Acrescem-se às funções dos cuidadores acompanhar regularmente os familiares adoecidos aos serviços de saúde, administrar a medicação, fornecer-lhes suporte social, arcar com gastos dos tratamentos e superar as dificuldades dessas tarefas.

Para Althoff (2002) Sarti e Romanelli (2003 apud Borba et al, 2010), as tensões e conflito não deixarão de existir, pois a convivência nem sempre é harmoniosa, porque no espaço familiar as emoções são facilmente demonstradas; mas neste contexto deve se exigir o respeito à individualidade, em virtude dali existir uma diversidade de forma de estar no mundo.

Para Albuquerque (2010 apud Ramos et al, 2019), a presença de uma pessoa com transtorno mental pode gerar uma carga excessiva sobre a família, envolvendo aspectos econômicos, práticos e emocionais, aos quais os sujeitos encarregados dos cuidados estão submetidos. Assim, algumas necessidades básicas dos pacientes como: a administração de medicamentos, o acompanhamento aos serviços de saúde mental, lidar com comportamentos problemáticos e situações de crises além de arcar com gastos financeiros, são exemplos de algumas responsabilidades dos cuidadores e que podem ser fatores de sobrecarga objetiva e subjetiva. É importante frisar que a maior responsabilidade da família está em proteção, socialização e/ou ressocialização de seus familiares acometidos com transtornos mentais.

Como afirma Borba et al (2010), quanto à saúde mental, essa concepção de zelo e proteção é fundamental, pois em face da reorganização da assistência nessa área, a família passou a ser considerada como importante fator de ressocialização e reinserção social da pessoa com transtorno mental, que por vezes ficou afastada do seu convívio familiar e social devido aos longos períodos de internação em instituição psiquiátrica.

Após a reforma psiquiátrica, que coadunou os cuidados da pessoa com transtorno mental ao CAPS e a própria família da referida pessoa, foi criada uma lei

que estabelece os direitos destes a fim deles não virem a ficar desamparados e que todas as responsabilidades não recaírem sobre seus familiares.

Desta forma o Presidente da República no exercício de suas atribuições sanciona a lei que estabelecem direitos e deveres às pessoas com transtorno mental:

Art. 1º - Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra (LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001).

O artigo da lei supracitada estabelece que: a pessoa com transtorno mental tem direito ao melhor tratamento do sistema de saúde; direito de serem tratados com humanidade e respeito no objetivo de uma recuperação rápida para logo ingressarem na sociedade (família, trabalho e comunidade); proteção contra qualquer forma de abuso e exploração; serem atendidos a qualquer momento; no podendo serem privados das comunicações disponíveis e ter todas as informações sobre seu estado mental (LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através desta revisão bibliográfica, evidenciou-se a necessidade de um suporte específico direcionado ao familiar que cuida de um ente com transtorno mental que normalmente, este familiar sofre desgaste em sua saúde emocional, física e social oriundas da sobrecarga do ato de cuidar, uma vez que, em muitos casos, dedica-se em tempo integral junto ao ente cuidado, gerando sentimento de impotência, preocupação, cansaço, irritabilidade e até mesmo culpa.

Os familiares que cuidam dos seus entes com transtorno mental podem estar sobrecarregados, estressados ou desgastados e tem a manutenção de sua saúde ou qualidade de vida ameaçada devido a responsabilidade de cuidar. Essas condições levam a inferir que os cuidadores são doentes em potencial e que sua capacidade funcional pode estar constantemente em risco devido a sobrecarga gerada pelas atividades diárias.

Tendo em vista o cenário apresentado acima é importante que as instituições que lidam com pessoas com sofrimento psíquico busquem formas para alcançar esses familiares, pois, é do conhecimento da equipe multiprofissional que esta ação necessariamente abrange todos que tem contato de forma direta com o paciente do CAPS, afinal, quem cuida não pode ficar sem cuidados.

Diante disso, percebe-se que há necessidade de se desenvolver estratégias de políticas públicas que garantam o cuidado para a pessoa que cuida, visando a orientação e priorizando a família como centro do processo de cuidado à saúde mental, possibilitando a criação de estratégias de enfrentamento, resiliência e elaboração no ato de cuidar e a ressignificação da própria vida.

A tarefa de cuidar é complexa, e muitas vezes é atribuída a indivíduos que não optaram por isso e, conseqüentemente, não se encontram preparados para tal responsabilidade. A partir do momento que o familiar assume o papel de cuidador, ele vivencia níveis diferentes de ansiedade em função de algumas características como modificação de papéis sociais, adaptação a condição de cuidador que demanda dedicação, paciência e abnegação. Sendo assim, é imprescindível o acompanhamento e o suporte fornecido pelo serviço de atenção psicossocial em prol do cuidador.

Com a reforma psiquiátrica surge a psicoeducação voltada para os familiares dos usuários do CAPS, projeto que tem como objetivo oportunizar as trocas de saberes, experiências e aprendizados além de possibilitar que diferentes estratégias desenvolvidas pelos cuidadores possam ser compartilhadas.

Todo cuidador necessita de apoio psicológico, além de atividades que possam proporcionar o autocuidado, promover e preservar a saúde mental, e melhorar a qualidade de vida destes no intuito de amenizar a sobrecarga emocional e física.

REFERÊNCIAS:

AMARAL, Osvaldo Lopes do. **Transtornos Mentais**. Instituto de Estudos e Orientação da Família. SP/SP. 2018. Disponível em:< <http://www.inef.com.br/Transtornos.html>>. Visto em 12 abr 2020.

AMARANTE, Paulo; Nunes, M. O. **A reforma psiquiátrica no SUS**.

ARANTES, D, J. PICASSO, R e SILVA, E, A. **Grupos psicoeducativos com familiares dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial**. São João del-Rei/RJ. 2019.

BAHIA, Secretaria de Saúde. **Rede de atenção psicossocial**. Disponível em:<<http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/rede-de-atencao-psicossocial>>. Acessado em 14 abr 2020.

BAPTISTA B. O. et al. **A Sobrecarga do Familiar Cuidador no Âmbito Domiciliar: uma revisão integrativa da literatura**. 2012

BATISTA, E. C. **A saúde mental no Brasil e o atual cenário dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**. Revista Eletrônica Interdisciplinar, v. 2, n. 16, 2016. Disponível em: <<http://revista.univar.edu.br/index.php/interdisciplinar/article/> v>. Acessado em 15 abr 2020.

BEHENCK, A. et al. **A família frente ao processo de tratamento e reinternação do portador de esquizofrenia**. Revista enfermagem em foco. SP/SP.2011.

BESSA, J. B.; WAIDMAN, M. A. P. Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 61-70, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_08.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2020.

BORBA, L. O. **A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar**. 2010. Disponível em <www.ee.usp.br/reeusp/> Acessado em 07 nov 2019.

CÂMARA, R. H. **Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações**. 2013.

CARDOSO, L, GALERA, S, A, F. **O cuidado em saúde mental na atualidade**. Revista da Escola de Enfermagem. USP. SP/SP. 2011. Disponível em:<www.ee.usp.br/reeusp/>. Acessado em 17 abr 2020.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F.; VIEIRA, M. V. **O cuidador e a sobrecarga do cuidado à saúde de pacientes e egressos de internação psiquiátrica**. Actual Paul Enfermagem, v. 25, n. 4, p. 517-523, jan. 2012. Disponível em: <<http://www2.unifesp.br/acta/pdf/v25/n4/v25n4a6.pdf>>. Acesso em: 08 abr 2020.

CARNEIRO, D. S. G. **Mudanças no Sistema Familiar após o Surgimento da Doença Crônica**.2009. Disponível em <www.psicologia.com.pt> Acessado em 16 abr 2020.

CARNUT, L.; FAQUIM. J. **Conceitos de família e a tipologia familiar: aspectos teóricos para o trabalho da equipe de saúde bucal na estratégia de saúde da família**. 2014. <www.psicologia.com.pt> www.jmphc.com> Acessado em 07 nov 2109.

CHAVES, Maria Paula Bandoni. CORRÊA, Yuri José Carvalho. **Ansiedade e Depressão: Dificuldades e Caminhos a Serem Descobertos**. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO Universidade Federal de Alfenas. Unifal-MG. Alfenas-MG. 2018. Disponível em:< [https://www.unifal-mg.edu.br/pet/sites/default/files/Apostila %20Mini cruso%20PET%20-%20Ansiedade %20e%20 depress %C3%A3o.pdf](https://www.unifal-mg.edu.br/pet/sites/default/files/Apostila%20Mini%20cruso%20PET%20-%20Ansiedade%20e%20depress%C3%A3o.pdf)>. Acessado em 28 abr 2020

CHENIAUX, E. **Psicopatologia e diagnóstico da depressão**. Porto Alegre/RS. Artmed. 2013.

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇA. CID-10. 10. ed. São Paulo: Ed. Universidade de São Paulo, 2012.

COELHO, R, S, VELÔSO, T, M, G, BARROS, S, M, M. **Oficinas com Usuários de Saúde Mental: a Família como Tema de Reflexão**. 2017. Disponível em:< www.scielo.br/pcp>. Acessado em 13 abr 2020.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DEMARCO, D, A, et al. **Fatores Associados à Sobrecarga em Familiares Cuidadores de Pessoas com Transtorno Mental**. Revista de Enfermagem. UFPE on line. Recife/PE. 2015.

Dourado, D, M. et al. **Ansiedade e depressão em cuidador familiar de pessoa com transtorno mental**. Revista ECOS. Estudos Contemporâneos da Subjetividade. Ano 8/Volume 1.(2018).

ELOIA, S. C. et al. **Sobrecarga do cuidador familiar de pessoas com transtorno mental: uma revisão integrativa**. 2014. [iew/534](http://www.scielo.br/ieiw/534)>. Acesso em: 08 abr. 2020.

KEBBE, L. M. **Cuidando do familiar com transtorno mental: desafios percebidos pelos cuidadores sobre as tarefas de cuidar**. Revista Saúde Debate. 2014.

KUPFER, D. J. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª**. Ed. Porto Alegre/RS. Ed. Artmed, 2014

MALUF, A. C. R. F. D. **Novas Modalidades de Família na Pós modernidade**. Tese de Doutorado. Faculdade de Direito da Usp. SP/SP. 2014

MARCONI, E, V. et al. **Transtornos Mentais, de Personalidade e Clínicos; Uma Breve Discussão Teórica**. Portal dos psicólogos. 2018

MARTINS, P. P. S. LORENZI, C. G. **Participação da Família no Tratamento em Saúde Mental como Prática no Cotidiano do Serviço**. 2016

MIELKE, F, B, et al. **A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão**. Porto Alegre/RS 2010

MOACIR I. o. **Hospício ao Centro de Atenção Psicossocial de Alagoinhas/Bahia: Um Estudo das Representações Sociais de Familiares.** 2016.

PAWLOWSKI, J. et al. **Depressão e relação com idade em cuidadores de familiares portadores de síndrome demencial.** *Estudos de Psicologia*, Natal/RN. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v15n2/06.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2020.

PEREIRA, M. H., & Gomes, J. C. **Terapia de Grupo para Familiares de Pessoas com Perturbação Mental Grave: estudo de caso múltiplo.** *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n8/n8a06.pdf>>. Acesso em 12 abr 2020.

Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos (LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

RAMOS, A. C.; CALAIS, S. L.; ZOTESSO, M. C. **Convivência do familiar cuidador junto a pessoa com transtorno mental.** *Revista Contextos Clínicos*. Vol. 12. n. 1. 2019.

SANT'ANA, M. M. et al. **O Significado de ser Familiar Cuidador do Portador de Transtorno Mental.** 2011.

SANTANA SF, Almeida KS, Savoldi NAM. **Indicativos de aplicabilidade das orientações de enfermagem no cotidiano de cuidadores de portadores de Alzheimer.** *Revista da Escola de Enfermagem USP*. 2009. USP. SP/SP. 2011. Disponível em:< www.ee.usp.br/reeusp/>. Acessado em 17 abr 2020.

SANTANA, Anna Flávia de Oliveira. **Psicoeducação Para Pacientes Psiquiátricos e Seus Familiares.** *Portal dos Psicólogos*. Uberlândia/MG. 2011.

SANTOS, J. C. **O Estigma da Doença Mental: Compreensão e Ações dos Trabalhadores dos Caps.** Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências. 2013

SILVA, A, GUEDES, M. **Avaliação do impacto da perturbação mental na família, e implementação de um programa psicoeducacional.** Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psiquiatria e saúde mental, realizada sob a orientação científica do Prof. Doutor Manuel Esteves, Professor da Faculdade de Medicina do Porto. Universidade do Porto. 2008

TOLEDO, I, M, SABROSA, P, C (orgs). **O que são transtornos mentais fundação.** Escola Nacional de saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Osvaldo Cruz. RJ/RJ. 2011.

URQUIZA, M. A. MARQUES, D. B. **Análise de conteúdo em termos de Bardin aplicada à comunicação corporativa sob o signo de uma abordagem teórico-empírica.** 2016.

VANDENBOS, G.R. (Org). **Dicionário de Psicologia da Associação de psicologia Americana.** Porto Alegre/RS. Ed. Artmed. 2010.

VASSAL, M. G. P. **Família do Século XXI: Aspectos Jurídicos e Psicanalíticos.** Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro. 2013

WAIMAN, M. A. P. **O Portador de Transtorno Mental e a Vida em Família.** 2012