



UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC

PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

MARIA PEREIRA CALEGARI

A FAMÍLIA DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL

CRICIÚMA

2013

MARIA PEREIRA CALEGARI

A FAMÍLIA DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL

Monografia de Conclusão de Curso, apresentado para obtenção do grau de Especialista em Saúde Mental no curso de Pós - graduação da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC.

Orientadora: Prof.^a Msc. Izabel S. Medeiros.

CRICIÚMA

2013

Dedico este trabalho aos familiares dos
Portadores de Transtornos Mentais
(PTM).

AGRADECIMENTOS

A todos que, através do diálogo, do trabalho e da amizade, colaboraram para a minha atual compreensão no campo da Saúde Mental.

Aos colegas de trabalho, especialmente, às médicas de Saúde da Família, Elinalva S. Macedo e Vanessa Dal Bó de Carvalho, pelo empenho dedicado à Saúde Mental.

À professora, Izabel S. Medeiros, pela paciência e orientação na elaboração deste trabalho.

Um agradecimento especial à minha família, pelo apoio e incentivo à especialização em Saúde Mental.

“Sem saúde mental não há saúde. É a saúde mental que abre aos cidadãos as portas da realização intelectual e emocional, bem como da integração na escola, no trabalho e na sociedade. É ela que contribui para a prosperidade, solidariedade e justiça social das nossas sociedades. Em contrapartida, a doença mental impõe múltiplos custos, perdas e sobrecargas aos cidadãos e aos sistemas sociais”. (Livro Verde, Comissão das Comunidades Europeias, 2005).

RESUMO

O presente estudo configura-se como uma pesquisa bibliográfica de abordagem qualitativa, realizada nas bases de dados da literatura científica: Scielo e Bireme, no período de 2009 a 2013. Tendo como referencial teórico o Transtorno Mental (TM) e a família do Portador de Transtorno Mental (PTM), objetivou-se conhecer a contribuição da família no tratamento do PTM, bem como as principais dificuldades enfrentadas pela mesma no tratamento do PTM. A análise dos dados foi desenvolvida de forma qualitativa e envolveu o processo de agrupamento dos dados em tabelas do *Microsoft Excel*, transformados em quadros e analisados a partir de leitura crítica e redação dialógica dos autores apresentados. Esse processo evidenciou o aprendizado obtido pelos familiares em relação ao TM e seu tratamento, e ao manejo do PTM. Sobre as dificuldades, observou-se que tanto para PTM como para familiares o TM causa grandes sobrecargas à família e quanto maior o acompanhamento por profissionais preparados e capacitados maiores as chances de familiares e pacientes enfrentarem a situação, unidos e de modo eficiente, na forma de atender e assistir o TM, o que vem ao encontro dos ideais da Reforma Psiquiátrica (RP).

Palavras-chaves: Transtorno mental. Portador de transtorno mental. Família do portador de transtorno mental.

ABSTRACT

This study's intent is to introduce a literature of qualitative approach, performed in the databases of scientific literature: Scielo and Bireme, in the period 2009-2013. The theoretical was Mental Disorder (MD) and the Bearer of mental upset's family (MUB), aimed to meet the family contribution in the treatment of MUB, as well as the main difficulties faced by family in the treatment of MUB. Data analysis was carried out in a qualitative and it involved the process of grouping data into Microsoft Excel tables, processed and analyzed in frames from critical reading and writing dialogic authors presented. This process highlighted the lessons learned by family members in relation to the MD and its treatment, the management of MUB. About the difficulties, it was observed that for both MUB and for his families, the MD causes great burdens to the family and the larger the monitoring by trained professionals and trained, the chances are greater of patients and family members cope with the situation, united and efficiently, in order to meet and help the MD, which meets the ideals of the Psychiatric Reform (PR).

Key-words: Mental disorder. Bearer of mental upset. Bearer of mental upset's family.

LISTA DE SIGLAS

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial
CNSM - Conferência Nacional de Saúde Mental
DC - Declaração de Caracas
ESF - Estratégia de Saúde da Família
MS - Ministério da Saúde
MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS - Núcleos de Atenção Psicossocial
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF - Programa de Saúde da Família
PSM - Política de Saúde Mental
PTM - Portador de Transtorno Mental
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
RP - Reforma Psiquiátrica
RS - Reforma Sanitária
STR - Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS - Sistema Único de Saúde
TM - Transtorno Mental

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 JUSTIFICATIVA	10
1.2 OBJETIVOS	10
1.2.1 Objetivo geral	10
1.2.2 Objetivos específicos	10
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
2.1 SAÚDE MENTAL: CONCEITO E LEGISLAÇÃO.....	12
2.2 TRANSTORNO MENTAL.....	18
2.2.1 Tipos de transtornos mentais e fatores que influenciam sua ocorrência	20
2.3 REFORMA PSIQUIÁTRICA	21
2.4 FAMÍLIA E TRANSTORNO MENTAL (TM).....	26
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	33
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	35
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS	42
APÊNDICES	46
APÊNDICE A – Palavras-chaves: família e o transtorno mental	47
APÊNDICE B – Palavras-chaves: família e o sofrimento mental	58
APÊNDICE C – Palavras-chaves: familiares e sofrimento mental	63
APÊNDICE D – Palavras-chaves: familiares e transtorno mental	67

1 INTRODUÇÃO

A saúde é da condição do indivíduo de realizar suas tarefas cotidianas sem prejuízo, com pouca ou nenhuma ajuda de outros indivíduos, além de realizar seu cuidado pessoal de modo completo e efetivo. Todavia, é preciso recordar-se que diferentes aspectos culturais levam a diferentes percepções quanto à saúde ou falta dela (SCLIAR, 2007). No caso da saúde mental, tal fato também pode ser percebido, considerando-se as dificuldades dos próprios médicos em estabelecer as causas exatas dos transtornos mentais. (DIMENSTEIN et al., 2005).

Sabe-se que a inclusão da família no tratamento do Portador de Transtorno Mental (PTM) tem sido relevante para a melhora do paciente e de suas relações familiares (SOUZA et al., 2011). A família é, na maioria das vezes, o suporte de acolhimento do PTM, além dos demais profissionais de saúde que atuam na rede de saúde mental (SANTANA et al., 2011). Por sua vez, são os familiares que convivem constantemente com o PTM, situação essa que gera grandes dificuldades e sofrimentos diários. No que diz respeito ao tratamento, a família torna-se responsável pela manutenção e acompanhamento do PTM, o que implica em cuidados diários com higiene, alimentação, administração de medicamentos e a segurança deste.

A partir do momento em que se encontram nesta situação, “os familiares sofrem uma significativa mudança em suas vidas, tendo que se adaptarem constantemente às novas formas de condução do seu dia-a-dia” (SANTANA et al., 2011, p. 51). Muitos são os fracassos, recaídas, abandonos de tratamento por parte dessas famílias, que, não raro, encontram-se desmotivadas, resistentes e temerosas a qualquer mudança no tratamento do PTM (SALES et al., 2010). Assim, a família, ao cuidar do PTM, na maioria das vezes, não tem o conhecimento e o apoio suficientes para lidar com o Transtorno Mental (TM) de seu familiar, além de frequentemente ocorrer uma sobrecarga de tarefas e responsabilidades para alguns membros da família, enquanto outros acabam isentando-se de assumir responsabilidades com o PTM.

Diante desse quadro, é fundamental que o profissional de saúde que atua na rede de saúde mental conheça e compreenda a realidade do familiar ao cuidar do PTM. Muitos profissionais ainda não percebem a importância de inserir a família neste contexto e raramente estão disponíveis e/ou dispostos a trabalhar as questões

que envolvem o cuidado da família no tratamento do PTM. Por vezes, orientam os familiares para aceitar a doença e não oferecem o suporte e a orientação de que necessitam. É imprescindível que o profissional olhe a família em suas diferentes dimensões, de forma a contribuir com a resolução de problemas cotidianos, sobretudo, no sentido de diminuir-lhe a sobrecarga, o estresse e, conseqüentemente, as recaídas do PTM. Acredita-se que, a partir do momento em que a família for incluída e, principalmente, envolvida no tratamento, a mesma se sentirá mais preparada e fortalecida para cuidar do seu familiar e acolhida em suas necessidades.

1.1 JUSTIFICATIVA

Este trabalho tem a intenção de realizar uma reflexão formulada a partir de uma pesquisa bibliográfica sobre o tema, tendo como objetivo analisar a contribuição da família no tratamento do PTM. Ao mesmo tempo é possível identificar a contribuição científica nacional no cenário de saúde mental.

A necessidade de estudar a família do PTM surgiu a partir da percepção das dificuldades enfrentadas por familiares quanto ao cuidado com o PTM, sobretudo em relação ao seu tratamento.

1.2 OBJETIVOS

Os objetivos de um trabalho norteiam a atuação do pesquisador, pois estabelecem onde o mesmo pretende chegar com sua pesquisa, permitindo-lhe orientar suas tarefas para o desenvolvimento pleno e a realização organizada de seu trabalho. (GIL, 2007).

1.2.1 Objetivo geral

Identificar a contribuição da família no tratamento do PTM a partir de referencial bibliográfico.

1.2.2 Objetivos específicos

- a) Identificar publicações sobre o tema família do PTM em base de dados escolhidas;
- b) Verificar destaque sobre a participação da família no tratamento do PTM nas publicações;
- c) Detectar as principais dificuldades enfrentadas pela família no tratamento do PTM.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 SAÚDE MENTAL: CONCEITO E LEGISLAÇÃO

Para que se possa falar em saúde mental, inicialmente, faz-se necessário compreender do que se trata a saúde propriamente dita. A saúde é um direito de todos os indivíduos sem distinção, e qualquer que seja a etnia, religião ou outra característica, os indivíduos encontram na Legislação Federal a garantia de que seu direito à saúde deve ser respeitado.

A Carta Magna Brasileira (BRASIL, 1988) estabelece importantes informações sobre a saúde, acesso ao sistema de saúde, serviços públicos de saúde e outras instruções.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade. (BRASIL, 1988, sp).

Nesse sentido, todo e qualquer indivíduo, apenas por tratar-se de pessoa humana, tem assegurado seu direito à saúde, sendo dever do Estado fornecer as condições básicas para o atendimento e atenção à saúde da população. Ainda que o Estado não tenha as ferramentas necessárias para tal, o mesmo deverá providenciá-las de modo a assegurar o acesso universal à saúde, sob risco de ferir o que estabelece a Constituição Federal, lei maior do país, encontrando-se, assim, em descumprimento da mesma.

Visando a esclarecer os meios utilizados para a oferta de condições de saúde aos indivíduos por parte do Estado, foi instituída, em 19 de setembro de 1990, a Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080, que reafirma o direito universal à saúde, bem como a obrigação do Estado de fornecer recursos para tanto, ainda que o próprio

indivíduo seja o responsável primário pela busca das condições de saúde apropriadas. (BRASIL, 1990).

Art. 2º - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º - O dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º - O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. (BRASIL, 1990, sp).

Por saúde pode-se citar a condição física e psicológica equilibrada que permita ao indivíduo desenvolver suas atividades cotidianas, viver bem e ter um convívio social adequado.

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (BRASIL, 1990, sp).

Todavia, há que se ter em mente que o conceito de saúde não depende de um indivíduo, mas de uma série de conceitos e situações envolvidas.

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças. (SCLIAR, 2007, p. 30).

Assim como os conceitos de saúde diferem entre si, os conceitos de doença também podem ser identificados de modo diferente de acordo com as características, cultura, educação e tantos outros fatores condizentes com os indivíduos.

Aquilo que é considerado doença varia muito. Houve época em que masturbação era considerada uma conduta patológica capaz de resultar em desnutrição (por perda da proteína contida no esperma) e em distúrbios mentais. A masturbação era tratada por dieta, por infibulação, pela imobilização do 'paciente', por aparelhos elétricos que davam choque quando o pênis era manipulado e até pela ablação da genitália. (SCLIAR, 2007, p. 30). (grifo do autor).

Sob este prisma, compreende-se que para muitas pessoas a falta de doenças físicas indica a sua saúde, para outras, porém, a existência de uma condição física ou psicológica, ainda que relativamente simples e de fácil resolução, representa a falta de saúde, ou a doença propriamente dita. Por muito tempo, havia entre os indivíduos a crença de que ser acometido por alguma doença tratava-se de um castigo divino em função de alguma desobediência ou pecado cometido.

A doença era sinal de desobediência ao mandamento divino. A enfermidade proclamava o pecado, quase sempre em forma visível, como no caso da lepra. Trata-se de doença contagiosa, que sugere, portanto, contato entre corpos humanos, contato que pode ter evidentes conotações pecaminosas. (SCLIAR, 2007, p. 30).

O Ministério da Saúde estabelece indicadores básicos que apontam para a existência da saúde, desenvolvidos de acordo com características populacionais, acesso ao atendimento de saúde, controle de doenças, entre outros quesitos. (BRASIL, 2008).

Com os avanços no controle das doenças infecciosas e a melhor compreensão do conceito de saúde e de seus determinantes sociais, passou-se a analisar outras dimensões do estado de saúde, medidas por dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais, entre outros. Os indicadores de saúde foram desenvolvidos para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas com tal finalidade. (BRASIL, 2008, p. 13).

Tais indicadores apontam dados básicos concernentes a todos os indivíduos de modo a desenvolver padrões de conceituação de saúde e verificar o desempenho dos sistemas de saúde responsáveis pela atenção aos indivíduos.

Em termos gerais, os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados, como a esperança de vida ao nascer. (BRASIL, 2008, p. 13).

Nesse sentido, compreende-se que a percepção de saúde do indivíduo altera-se de acordo com as características populacionais de determinado local,

sendo essencial atentar-se para o fato de que a inexistência de doença nem sempre pode ser considerada como a existência da saúde. Não se pode estabelecer uma definição única quanto ao que caracteriza a saúde mental do indivíduo. Muitas características diferem um indivíduo de outro, como o modo de criação e educação, a classe social, o grau de escolarização, o envolvimento social, entre tantos outros fatores.

Saúde mental é um termo usado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional. A saúde Mental pode incluir a capacidade de um indivíduo de apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica. Admite-se, entretanto, que o conceito de Saúde Mental é mais amplo que a ausência de transtornos mentais. (PARANÁ, 2013, p. 01).

Pode-se assumir como base a ideia de que a saúde mental trata-se do equilíbrio emocional entre as capacidades internas do indivíduo e as demandas do ambiente externo, ou a possibilidade de administrar a própria vida e as diferentes emoções incidentes diante das mais variadas experiências, boas ou más, sem que o indivíduo perca a capacidade de identificar o certo do errado. Pode-se afirmar, ainda, que a saúde mental está ligada à capacidade do indivíduo de estar bem consigo e com os outros, aceitar as exigências da vida cotidiana, saber lidar com as emoções, reconhecer seus limites e procurar ajuda quando considerar necessário. (PARANÁ, 2013).

De acordo com a Secretaria de Saúde do Paraná, os seguintes itens foram identificados como critérios de saúde mental:

1. Atitudes positivas em relação a si próprio;
2. Crescimento, desenvolvimento e autorrealização;
3. Integração e resposta emocional;
4. Autonomia e autodeterminação;
5. Percepção apurada da realidade; e
6. Domínio ambiental e competência social. (PARANÁ, 2013, p. 01).

A visão e as práticas em saúde mental vêm se modificando ao longo dos séculos. Cada vez mais a saúde mental vem sendo vista como característica essencial para o convívio social, porém, mais do que isso, surge a percepção de que a falta de saúde mental demanda de acompanhamento, atenção e cuidado.

Em vários países do mundo, nas Reformas Psiquiátricas que se sedimentam sobre os pressupostos da desinstitucionalização dos pacientes

psiquiátricos e da consolidação de bases territoriais do cuidado em saúde mental, a ênfase é atribuída a uma rede de cuidados que contemple a atenção básica, ou primária. Parte-se da premissa de que um grande número de problemas em saúde mental pode ser resolvido nesse nível de assistência, sem ter necessidade de serem referidos a níveis especializados do sistema de saúde. (NUNES; JUCÁ; VALENTIN, 2007, p. 2.375).

Há que se considerar que no passado, quando a medicina julgava que um indivíduo encontrava-se destituído das características essenciais apontadas para a existência de saúde mental, o mesmo passava a ser excluído, enviado para instituições psiquiátricas nas quais ficava recolhido, geralmente, até o fim de sua vida. No Brasil, assim como no resto do mundo, apenas com a reforma sanitária foi que a saúde mental deixou de ser vista como um fator de exclusão dos indivíduos.

No Brasil, essas idéias passam a ser incorporadas e veiculadas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que nasceu no bojo da Reforma Sanitária, tendo guardado consigo princípios e diretrizes que orientam esta última, em especial a universalidade, integralidade, descentralização e participação popular. Ao longo do seu desenvolvimento, que segue um curso particular e nem sempre coincidente com aquele da Reforma Sanitária, esforços foram mais ou menos dirigidos na perspectiva de recuperar esse sentido original, sobretudo no que tange à constituição de uma rede integrada de assistência ao portador de transtorno mental. (NUNES; JUCÁ; VALENTIN, 2007, p. 2)

Com a desinstitucionalização de tais indivíduos, surgiu a necessidade de se organizar uma política pública de saúde que apoiasse o tratamento de tais pessoas, permitindo-lhes o convívio social da mesma forma que os demais, além de oferecer-lhes tratamento através do Sistema Único de Saúde (SUS), a chamada política Nacional de Saúde Mental.

A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei 10.216/01, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isso é, que garanta a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, e oferece cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece. Esse modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em hospitais gerais, nos CAPS III). O programa de Volta para Casa, que oferece bolsas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, também faz parte dessa política. (BRASIL, 2013, sp).

O estabelecimento dessa política oferece aos indivíduos com transtornos mentais a mesma proteção e direitos assegurados a outros indivíduos sem tal

característica, considerando-se que a ausência de saúde mental não lhes confisca o status de seres humanos e, nesse caso, indivíduos de direitos constitucionalmente assegurados.

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. (BRASIL, 2001, sp).

Quanto aos direitos assegurados à pessoa com transtorno mental, cita-se o direito à saúde, ao respeito e à dignidade, à proteção, ao sigilo, ao atendimento médico, à prestação de informações e esclarecimentos sobre a condição apresentada e à preferência nos serviços de saúde, conforme esclarece o texto da lei:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (BRASIL, 2001, sp).

Há que se recordar que a política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, são obrigação do Estado, que não poderá, em momento algum, isentar-se de sua responsabilidade ou esquivar-se de prestar o devido tratamento a tais indivíduos. (BRASIL, 2001, sp).

Ressalta-se que a internação somente ocorrerá quando os recursos externos a instituições de saúde de internamento não forem suficientes para assegurar o tratamento, bem-estar e integração social do indivíduo. Muito relevante citar que uma legislação regendo o atendimento e cuidado ao portador de transtorno mental representa uma grande evolução para a saúde do país, considerando-se que

até períodos relativamente recentes o cuidado com tais indivíduos era pouco ou nulo.

A assistência psiquiátrica, no Brasil, até a década de 70 pode-se considerar marcada pela má qualidade de assistência aos portadores de doenças mentais, superlotação das instituições psiquiátricas, comercialização da loucura e cronificação do doente mental, tendo como vertente principal o modelo médico e hospitalocêntrico para essa prática. (VILLELA; SCATENA, 2004, p. 738).

É essencial citar que quando se fala em saúde mental, não existe foco apenas no tratamento de transtornos mentais, mas o cuidado e a atenção necessários para evitar o surgimento ou desenvolvimento de tais condições.

A expressão saúde mental se justifica, assim, por ser uma área de conhecimento que, mais do que diagnosticar e tratar, liga-se à prevenção e promoção de saúde, preocupando-se em reabilitar e reincluir o paciente em seu contexto social. (BRASIL, 2003).

Melhorar os programas de saúde mental e direcionar os cuidados de forma que tais indivíduos possam prosseguir suas vidas do modo mais natural possível, sem a estigmatização e exclusão advindas da ideia de que a falta de saúde mental torna o indivíduo não apenas diferente, mas incapaz e até inferior, são fatores essenciais para que a saúde mental deixe de ser um assunto restrito às autoridades de saúde e passe a ser um assunto de alcance social. (DIMENSTEIN, 2005).

2.2 TRANSTORNO MENTAL

Ao falar em transtorno mental, é preciso ter em mente que na antiguidade este não era visto como uma patologia, mas como um castigo por um pecado ou comportamento inapropriado do indivíduo ou de alguém em sua família, geralmente os pais.

Da mesma forma, o conceito de doença mental estava ligado a explicações mágico-religiosas, que atribuíam a uma força sobrenatural a origem dos transtornos mentais. Assim, a loucura era aceita como uma imposição divina, uma interferência dos deuses. Por consequência, o modo como a sociedade a encarava tornava-se ambíguo, pelo fato de que tanto poderia ser o enfermo um portador, ou intérprete da vontade divina, como também um castigado pelos deuses ou um endemoninhado. (BRASIL, 2003, p. 15-16).

Ainda, após a Revolução Francesa, no século XVIII, com seus ideais de igualdade, liberdade e fraternidade, passou-se a oferecer atendimento médico ao PTM, e o TM foi considerado de caráter patológico. A partir daí, surgiram vários estudiosos que interferiram na maneira de pensar e no modo de agir da sociedade em relação ao PTM. Dentre eles, o que mais se destacou foi Philippe Pinel, psiquiatra, considerado o “pai da Psiquiatria”, sendo o criador do tratamento moral. Tal proposta defendia como forma exclusiva de tratamento “os manicômios”, nos quais o PTM era excluído da família e da sociedade. (BRODBECK, 2001).

Na Idade Moderna o PTM era mantido em hospitais gerais, excluído da sociedade, em condições precárias de higiene, alimentação e saúde, sem tratamento médico e submetido ao trabalho forçado como forma de punição. Na década de 50, do século XX, Maxwel Jones passou a difundir, inicialmente na Inglaterra, as comunidades terapêuticas como a melhor forma de tratamento ao PTM. No entanto, suas propostas enfrentaram muitas resistências, não sobrevivendo às pressões da sociedade. (BRODBECK, 2001).

Na década de 70, do século XX, Franco Basaglia, psiquiatra italiano, buscou a socialização e a humanização do PTM. Basaglia, também, enfrentou grandes críticas e pressões, porém influenciou fortemente a desinstitucionalização, fundamental para o esvaziamento progressivo dos manicômios. Atualmente os TM se constituem em um significativo problema de saúde pública em nível mundial. Além de resultar em enorme sofrimento para os indivíduos afetados e em sérias consequências sociais, acarreta grandes perdas econômicas para o país, ao se considerar a alta incidência do transtorno na população em fase produtiva. (BRODBECK, 2001).

Cada vez mais, o portador de transtorno mental é visibilizado em seu papel positivo, como um agente catalizador que adocece para proteger o grupo familiar, mantendo sua homeostase, ou é invalidado, rotulado e alçado a ‘bode expiatório’ com a mesma finalidade, impedindo que se processem mudanças nos padrões de relacionamento do grupo. (ROSA, 2011, p. 61). (grifo do autor).

Segundo a *American Psychiatric Association* (2013), os TM são concebidos como síndromes ou padrões comportamentais ou psicológicos, clinicamente importantes, que ocorrem num indivíduo e estão associados com sofrimento ou incapacitação ou com risco significativamente aumentado de

sofrimento, morte, dor, deficiência ou perda importante da liberdade. Estudos atuais do Ministério da Saúde (MS) mostram que o número de PTM vem crescendo espantosamente. Conforme estimativas deste órgão:

[...] cerca de 3% da população geral sofrem com transtornos mentais severos e persistentes; - >6% da população apresentam transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas; -12% da população necessitam de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual; -2,3% do orçamento anual do SUS é para a Saúde Mental. (BRASIL, 2009a).

Necessário ressaltar que, em sua grande maioria, os transtornos mentais são de difícil compreensão para a medicina e, nesse sentido, acabam sendo de difícil entendimento também para os familiares e para a sociedade em geral, fator que conduz à discriminação e segregação de tais indivíduos. (ROSA, 2011).

2.2.1 Tipos de transtornos mentais e fatores que influenciam sua ocorrência

Os transtornos mentais podem ser desencadeados pelos mais diversos motivos, desde um desentendimento familiar até a perda de uma pessoa querida, dependendo sempre da estrutura psicológica da pessoa afetada. Recorde-se que as pessoas reagem de maneira diferente ao estresse em seus mais variados graus. Enquanto uma pessoa passa por uma crise diante de um determinado fator, outra poderá encará-lo como apenas uma dificuldade e passar por ele sem maiores problemas.

Precisamos compreender que nós, seres humanos, funcionamos como um todo, ou seja, vários fatores influenciam ao mesmo tempo os nossos comportamentos, as nossas escolhas. Por exemplo, se alguém desenvolve um medo excessivo da violência atual, a ponto de recusar-se a sair às ruas, ou até mesmo a atender o telefone, assistir televisão ou chegar ao portão de casa, podemos pensar de imediato que há várias causas colaborando para isso, como: a história de vida do indivíduo, se foi uma criança muito protegida ou excessivamente exposta; os mecanismos fisiológicos que atuam na resposta de medo; o próprio aumento da violência nos dias atuais e a exploração que a imprensa faz disso; alguma perda de pessoa querida em período recente. Tudo pode atuar ao mesmo tempo. (BRASIL, 2003, p. 37).

Além dos fatores externos, há que se considerar os fatores internos, ou seja, fatores físicos e biológicos que podem conduzir ao desenvolvimento de algum grau de transtorno mental. “Podemos definir os fatores físicos ou biológicos como

sendo as alterações ocorridas no corpo como um todo, em determinado órgão ou no sistema nervoso central que possam levar a um transtorno mental.” (BRASIL, 2003, p. 38).

Muitos são os fatores físicos ou biológicos que podem levar ao desenvolvimento de tais condições, sendo eles: fatores genéticos ou hereditários, que são a predisposição herdada de um familiar; fatores pré-natais, que envolvem as condições de gestação, sejam fatores emocionais, sociais ou econômicos; fatores perinatais, acontecimentos ocorridos durante o nascimento, incluindo traumatismos ou ferimentos durante o parto; fatores neuroendocrinológicos, que se referem aos hormônios e à produção equilibrada dos mesmos no corpo; fatores ambientais, envolvendo o trabalho, o ambiente familiar ou qualquer outro ambiente em que o indivíduo esteja inserido; fatores emocionais ou psicológicos, provenientes de problemas, traumas ou situações de mudanças inesperadas. E, por fim, fatores ligados a doenças orgânicas, como infecções, traumatismos, intoxicações, entre outros. (BRASIL, 2003).

Os principais tipos de transtornos podem ser descritos como: transtornos de humor, transtornos de ansiedade, transtornos dissociativos, transtornos somatoformes, transtorno esquizofrênico, transtornos alimentares e os transtornos decorrentes de substâncias psicoativas. (BRASIL, 2003).

2.3 REFORMA PSIQUIÁTRICA

A história da política de atenção ao PTM revela que o modelo de assistência oferecida ao PTM era centralizado nas internações psiquiátricas, no asilamento e na medicalização dos sintomas apresentados por esses indivíduos. Ademais, a família era totalmente excluída do processo do tratamento psiquiátrico. “Excluídos do mundo, os enfermos mentais foram trancafiados nos porões das prisões juntamente com todos aqueles que por algum motivo não participavam da nova ordem mundial. A semente dos manicômios havia sido plantada.” (BRASIL, 2003, p. 18).

Em meio a grandes transformações do mundo pós-guerra, inicia-se uma reflexão acerca do saber e da prática psiquiátrica, o que desencadeou o Movimento da Reforma Psiquiátrica (RP).

A reforma psiquiátrica brasileira é um movimento histórico de caráter político, social e econômico, influenciado pela ideologia de grupos dominantes. Esse movimento teve suas raízes na concepção de desinstitucionalização dos Estados Unidos e da Itália e hoje é discutida como parte das políticas de saúde. Os objetivos da reforma enfatizam a substituição dos aparatos manicomiais pelos serviços comunitários e normatizam as internações involuntárias. (VILLELA; SCATENA, 2004, p. 738).

De acordo com Amarante (2009, p. 87), a RP é definida como “um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria.” Segundo Mello, M., Mello, A. e Kohn (2007, p. 39), a RP é considerada como:

[...] um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual, municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais e nos territórios do imaginário social e da opinião pública.

No Brasil, a RP manifesta-se particularmente no final da década de 70, do século passado, mais especificamente em 1978, com o surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Porém, os primeiros sinais de transformação surgiram na década de 1980. Nesse sentido, Serrano (1998, p. xix apud BRODBECK, 2001, p. 31) ressalta que RP no Brasil engloba:

[...] a reformulação da assistência (mudança do modelo assistencial, diversificação da oferta de serviços, suspensão do hospital especializado como porta de entrada do sistema e como lugar hegemônico de tratamento, invenção de serviços substitutivos à internação, para assistência, hospitalidade e reabilitação), mudanças na cultura (formação de recursos humanos, pesquisas na área assistencial e difusão de informações), e mudanças normativas e jurídicas.

Conforme Amarante (2009), a RP no Brasil surge sob o projeto da Reforma Sanitária (RS) e se insere em contextos sócio-históricos, matizados por jogos de interesse, relações entre saberes, poderes, práticas e subjetividades. Suas diretrizes resultam de encontros e conferências, em nível internacional e nacional. Em nível nacional, pode-se destacar a I, II e III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) acompanhadas das etapas municipais, regionais e estaduais.

Também, a Declaração de Caracas (DC) como outro documento que fortalece essas reivindicações.

A I CNSM, realizada de 25 a 28 de junho de 1987, foi um marco histórico na psiquiatria brasileira, pois demonstrou a necessidade de integrar a política nacional de saúde mental à política nacional de desenvolvimento social do governo federal. Nessa Conferência ficou claro que o modelo assistencial médico-psiquiátrico oferecido, até então, era ineficaz para os usuários, violando os direitos humanos fundamentais. Os principais temas discutidos foram: economia, sociedade e estado: impactos sobre saúde e doença mental; a reforma sanitária e a reorganização da assistência à saúde mental, cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental. (BRASIL, 1987).

Com a Promulgação da Constituição de 1988, é instituído o SUS, que estabelece novas políticas de saúde pública, entre as quais, a de saúde mental. A Saúde Mental integra o SUS, sistema descentralizado, regionalizado e hierarquizado, que propõe ações em saúde em nível municipal, integrada aos serviços de saúde, com caráter interdisciplinar. O SUS passa então a regulamentar os serviços propostos pela RP, demonstrando a possibilidade da organização de uma rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos. Tais serviços incluem: os CAPS, ambulatórios, hospitais-dia, centros de convivência e cultura, cooperativas de trabalho, oficinas de geração de renda, residências terapêuticas, leitos em hospitais gerais e emergências em prontos-socorros gerais. (BRASIL, 2005a).

A DC assinada em 1990 pelos países da região das Américas representou um marco fundamental na história da saúde mental. Essa declaração continha dois grandes objetivos, que eram “a superação do modelo do hospital psiquiátrico e a luta contra todos os abusos e a exclusão de que são vítimas as pessoas com problemas de saúde mental” (BRASIL, 2005a, p. 2). Já a II CNSM foi realizada no período de 1º a 04 de dezembro de 1992, tendo como grande diferencial a participação dos usuários e familiares em todo o processo. Estes apresentaram sua visão e experiência em relação aos assuntos debatidos, além de terem a oportunidade para defender seus direitos. (BRASIL, 1994).

De acordo com Brodbeck (2001, p. 49), a referida conferência debateu três grandes temas: “[...] a rede de atenção em saúde mental, a transformação e cumprimento das leis e o direito à cidadania do portador de sofrimento psíquico.” Após a II Conferência, foram vivenciadas várias experiências nos campos

assistenciais, legais e culturais, em que se pode observar a forte presença da exclusão do PTM perante a sociedade e o novo modelo de assistência.

Diante de tal realidade, o tema discutido na III CNSM, realizada no período de 11 a 15 de dezembro de 2001, foi “Cuidar - Sim, Excluir - Não”. Essa conferência reafirmou a “saúde como direito do cidadão e dever do Estado” e a necessidade de se garantir, nas três esferas de governo, que as políticas de saúde mental sigam os princípios do SUS e respeitem as diretrizes da RP. (BRASIL, 2001).

A RP é um processo complexo que engloba vários aspectos e dimensões. Ainda, conforme Brodbeck (2001), as principais diretrizes que norteiam a implantação da RP no Brasil, a partir da década de 70, são as seguintes:

Construir uma mudança no modo de pensar do portador de transtorno mental em sua existência - sofrimento, e não apenas a partir de seu diagnóstico;

Superar a crença consolidada de que o hospital psiquiátrico é o lugar ideal para o tratamento dos indivíduos em sofrimento psíquico, substituindo o atual modelo hospitalocêntrico por rede de serviços integrada, diversificada e capacitada para atender a todos os níveis de complexidade de atenção (através de: unidade de saúde mental em hospital geral, emergência psiquiátrica em ponto-socorro geral, hospitais dia, centros de atenção psicossocial, pensões protegidas, centro de conveniências, cooperativas de trabalho e outros serviços);

Evitar ao máximo a internação do portador de transtorno mental, que só deverá ocorrer após esgotados todos os recursos que possam tornar desnecessário tal procedimento;

Oferecer no hospital psiquiátrico, enquanto o mesmo existir, tratamento e não confinamento que foram a marca destes serviços no decorrer da história;

Assegurar a municipalização das ações de saúde mental;

Facilitar ao indivíduo com limitações a restauração de suas funções no melhor nível possível de autonomia, almejando sua reinserção social;

Integrar as ações de saúde mental às demais políticas sociais como educação, cultura, esporte e lazer, seguridade social e habitação;

Incentivar a família nos serviços de saúde mental, garantindo a assistência especializada necessária e terapia familiar, se for o caso;

Implantar e privilegiar o trabalho multidisciplinar e interdisciplinar nos serviços de saúde mental;

Envolver os diversos segmentos da sociedade (Universidade, Sociedades Formadoras, Instituições de Serviços, entre outras) na formação e qualificação contínua de recursos humanos comprometidos com novas propostas de abordagens na área da saúde mental;

Respeitar e ampliar os direitos dos clientes psíquicos, incorporando-os como sujeitos no processo e superação de suas dificuldades;

Garantir espaço de participação da população em nível decisório, na elaboração, implementação e controle da política de saúde mental, assim como dos estabelecimentos de prestação de serviços;

Lutar pela implementação de comissões de saúde mental ou reforma psiquiátrica junto aos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacionais de saúde;

Estimular e ampliar espaços de discussão entre os usuários, técnicos, familiares e comunidade, com o objetivo de socializar informações, refletir sobre os problemas da área da saúde mental, entre outros;

Estimular o desenvolvimento de pesquisa na área de saúde mental;
Estabelecer mecanismos de financiamento para serviços alternativos;
Buscar a transformação das relações cotidianas entre trabalhadores de saúde mental, usuários, famílias, comunidade e serviços, em busca da desinstitucionalização. (BRODBECK, 2001, p. 31-32).

Os movimentos sociais desencadeados na década de 1970 foram imprescindíveis para a mudança do paradigma da saúde mental, centrado na hospitalização e exclusão do PTM, uma vez que foram propostos novos dispositivos assistenciais objetivando a desinstitucionalização do PTM, ou seja, humanização no atendimento, implementação de serviços substitutivos, inserção do portador no contexto familiar, facilitando, assim, sua integração à sociedade. “Na realidade, substituir a lógica hospitalar por novas modalidades de atenção ao cliente com transtornos mentais sustenta-se nos princípios de inclusão, solidariedade e cidadania e representa um resgate ético.” (BRASIL, 2003, p. 24). Iniciou-se uma nova história na saúde mental, não mais de exclusão, de isolamento, de violência, de opressão, mas, sim, uma história de acolhimento, de respeito e de união.

A desinstitucionalização “tem por objetivo transformar a visão da sociedade com relação à loucura, e buscar um novo lugar social para o PTM, que não sejam locais de exclusão” (AMARANTE, 2009, p. 53). O autor salienta, ainda, que:

[...] a desinstitucionalização é um processo ético porque, em suma, inscreve-se numa dimensão contrária ao estigma, à exclusão, à violência. É uma manifestação ética, sobretudo, se exercitada no sentido do reconhecimento de novos sujeitos de direito, de novos direitos para os sujeitos, de novas possibilidades de subjetivação daqueles que seriam objetivados pelos saberes e práticas científicas, e inventa, prática e teoricamente, novas possibilidades de reprodução destes mesmos sujeitos. (AMARANTE, 2009, p. 121).

É importante enfatizar que a desinstitucionalização psiquiátrica no Brasil foi fortemente influenciada pela experiência italiana, modelo basagliano, que teve como mediador Franco Basaglia. Convém ressaltar que novas propostas de atenção à saúde mental foram discutidas na I, II e III CNSM. Destaca-se, entre estas, a eliminação dos manicômios por meio da implantação de serviços substitutivos.

Dentre os serviços substitutivos da atual política de saúde mental do MS, destaca-se o CAPS, uma vez que é considerado como principal dispositivo estratégico para a organização da rede de atenção em saúde mental. (BRASIL,

2009a). O primeiro CAPS foi implantado em 1987, na cidade de São Paulo. Em 1989, são implantados no município de Santos os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), com funcionalidade de 24 horas. Nesse mesmo ano, entrou no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT-MG), que propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e extinção progressiva dos manicômios no país, que veio a ser sancionada como Lei Federal nº 10.216, em 2001.

2.4 FAMÍLIA E TRANSTORNO MENTAL (TM)

A família é constituída por todos os indivíduos que compõem o círculo de convivência direta familiar de um indivíduo, ou seja, ainda que não existam laços sanguíneos, as pessoas consideram como seus familiares aqueles que residem em sua companhia ou que passam longos períodos de tempo com eles, despendendo-lhes atenção, cuidado e carinho. (ROSA, 2011). No passado, ao invés de atuar como um apoio para o PTM, a família, muitas vezes, era considerada culpada pela doença que acometia o indivíduo, em função da educação ou dos exemplos oferecidos.

Ao penetrar no universo familiar, identificam na determinação da doença ou das disfunções a maneira como os pais conduzem a educação dos seus filhos. A ação psiquiátrica tendia a culpabilizar os pais pelas inadequações do comportamento da criança, orientando sua interpretação de conduta para a má educação ou para a doença. (ROSA, 2011, p. 59).

Para muitos familiares, o surgimento ou desenvolvimento de transtornos mentais significa a falha em relação ao doente, o descumprimento de seu papel para com o mesmo, fator que afasta ainda mais as famílias com PTM, em função da frustração trazida pela doença.

O adoecimento mental de um filho abala, freqüentemente de forma intensa, a auto-estima dos pais. O filho doente parece representar, para muitos genitores, uma denúncia das falhas do sistema familiar, que não conduziu com sucesso sua missão de formar os filhos. (MELMAN, 2008, p. 32).

Recorde-se que para a família que não se encontra preparada, e não recebe o apoio e as informações necessárias, acolher em seu convívio o PTM sempre representou um problema grave, desde o período de desinstitucionalização.

Ingenuamente, os familiares dos pacientes que há anos estavam hospitalizados, mesmo conscientes das falhas do sistema hospitalar psiquiátrico, o defendiam. O que mais os preocupava era a convivência com indivíduos com histórico de desvios da personalidade que os deixavam violentos, letárgicos, eufóricos, repetitivos, sem nexos, enfim, cujo afastamento desgastou os sentimentos, o gostar de estar junto. (BRASIL, 2003, p. 23).

Segundo Borba et al. (2012), a convivência da família com o PTM antes de iniciar o tratamento no CAPS era insustentável, permeada por sucessivas discussões e brigas, onde a família não compreendia a doença, nem o comportamento da pessoa com TM, já que “a relação da família com o portador de transtorno mental é historicamente construída” (ROSA 2011, p. 28), ou seja, foi preciso o desenrolar dos anos para que a família compreendesse seu papel na vida e no cuidado dos indivíduos com TM.

Sob essa ótica, o objetivo dos serviços substitutivos é tornar a internação hospitalar do PTM como a última alternativa a ser adotada pela equipe de saúde e familiares, passando, assim, a utilizar os serviços comunitários como forma de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde mental. Esses serviços têm prestado suporte à família do PTM, com o objetivo de auxiliá-la no enfrentamento das necessidades cotidianas, bem como proporcionar melhores condições de vida ao PTM e seus familiares.

O CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário, que atende PTM severos e/ou persistentes, através de diversos tipos de atividades terapêuticas, como psicoterapia individual e em grupo, oficinas terapêuticas, assembleias, atividades comunitárias, atendimento aos familiares, atendimento domiciliar, orientação e acompanhamento do uso de medicação, entre outras.

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva. A criação desse CAPS e de tantos outros, com outros nomes e lugares, fez parte de um intenso movimento social, inicialmente de trabalhadores de saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais. (BRASIL, 2005, p. 12).

Borba et al. (2012) ressaltam que a partir da participação da família no CAPS a convivência com o PTM melhorou, pois passaram a compartilhar experiências, receber esclarecimentos e orientações sobre a doença.

Como intuits principais do CAPS, pode-se citar:

Prestar atendimento em regime de atenção diária;
 Gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;
 Promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas.
 Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território;
 Dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde);
 Regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;
 Coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território;
 Manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental. (BRASIL, 2005b, p. 13).

Com a criação do PSF, em 1994, estabelece-se uma nova estratégia de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas assistenciais em nível de atenção básica, onde se insere a atenção à saúde mental. Portanto, cabe ao PSF também o papel de desenvolver ações voltadas para a saúde mental, no que diz respeito à prevenção, promoção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua. Segundo o MS:

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2009b).

Em 2006, com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) surgiu o desafio de tornar a família cada vez mais objeto de atenção no planejamento e execução de ações em saúde. Neste contexto, importantes transformações ocorreram na atenção à saúde mental. São descentralizadas as ações em saúde mental e incorporadas à atenção básica, no nível primário do SUS, o que diversificou a oferta de serviços ao PTM.

Atualmente, muitas são as discussões e críticas às ESF, principalmente quanto à relação com a saúde mental, pois muitos profissionais da área de saúde da família não veem esse problema como seu, e sim, exclusivamente da psiquiatria,

esquecendo que a ESF é a porta de entrada dos usuários, inclusive dos PTM. Pini e Waidman e outros (2012, p. 373) ressaltam que cabe à ESF:

[...] assistir integralmente os indivíduos e famílias, desenvolvendo ações para as necessidades de ordem mental, com enfoque na prevenção e promoção da saúde mental e acompanhamento dos PTM e suas famílias nas ações básicas, contribuindo para uma melhor qualidade de vida de todos.

Por sua vez, a desinstitucionalização consiste no deslocamento da atenção do PTM prestada em instituições fechadas para espaços extra-hospitalares que sejam capazes de atender às necessidades da pessoa com TM e sua família, de modo que esse processo ocorra o mais próximo possível da comunidade, valorizando a manutenção dos vínculos sociais e familiares. Para Amarante (2009), mais que reestruturar os serviços em saúde mental, a desinstitucionalização tornou-se um processo complexo de reconstruir saberes e práticas e de estabelecer novas relações. Por isso é, acima de tudo, um processo de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos.

Assim, no que diz respeito à desinstitucionalização, a família assume um papel fundamental no processo de tratamento do seu familiar PTM, contribuindo significativamente para a melhora e estabilização do quadro clínico. Moreno (2010, p. 604) enfatiza a legislação sobre família em saúde mental:

[...] a primeira portaria, 224/92, que norteava os serviços de saúde mental indicava o atendimento do familiar como uma das atividades a serem desenvolvidas pelos profissionais. A portaria 336/2002 que regulamenta os centros de atenção psicossocial (CAPS) relaciona o atendimento à família entre as ações a serem executadas pela equipe técnica, e a Portaria 251/2002 que estabelece diretrizes e normas para assistência em hospital psiquiátrico, inclui programas específicos e interdisciplinares visando ao tratamento de acordo com a necessidade de cada usuário e de sua família.

Osório (1996, p. 16) define família como:

[...] uma unidade grupal onde se desenvolvem três tipos de relações pessoais - aliança (casal), filiação (pais/filhos) e consangüinidade (irmãos) - e que a partir dos objetivos genéricos de preservar a espécie, nutrir e proteger a descendência e fornecer-lhe condições para a aquisição de suas identidades pessoais.

Ainda, Borba et al. (2011) definem a família como uma unidade social complexa e fundamental para o processo de viver de todo ser humano, que se concretiza por meio da vivência dinâmica e singular. Conforme os autores, a família

não é formada apenas por um conjunto de pessoas, mas pelas relações e ligações entre elas.

Nos serviços em saúde mental a família deve ser visualizada como auxiliar de processos diagnósticos e de tratamentos do PTM. (MORENO, 2010). Nesse contexto, a família torna-se o principal agente de transformação da realidade do PTM, sobretudo no que se refere ao tratamento no ambiente familiar.

De acordo com os princípios que norteiam a atual Política de Saúde Mental (PSM) no Brasil, a família deve ser uma aliada, uma parceira no cuidar. (BRASIL, 2009a). O referido documento enfatiza que a família exerce uma função essencial junto ao PTM, devendo proporcionar proteção, acolhimento, aportes afetivos e cuidados distintos. Na realidade, com o processo de desinstitucionalização, muitas funções e responsabilidades do cuidado ao PTM têm sido delegadas à família, sem que os serviços na rede de saúde mental ofereçam o suporte de que esta necessita, todavia, para que tal cuidado aconteça de modo apropriado, a troca de informações claras e objetivas sobre a condição, limitações do paciente e possíveis dificuldades, faz-se essencial. Importante destacar que “o direito à informação sobre a sua doença representa um dos pontos críticos da relação instituição/profissional de saúde e família/usuário, tendo em vista a falta de diálogo imposta pelo sistema asilar.” (BRASIL, 2003, p. 25).

O convívio com o PTM no ambiente familiar, em decorrência dos sintomas e das limitações que o transtorno impõe aos portadores, provoca diversas mudanças na rotina, nos hábitos e costumes da família, o que passa a exigir toda uma reestruturação da dinâmica familiar. A família sofre alterações, surgem novos papéis, a articulação e a circulação no mundo da família passam a ter novas regras, gerando, por vezes, muito sofrimento aos seus familiares. Não raro, a pressão exercida pelo meio social, pelas dificuldades e necessidades enfrentadas e pela falta de condições, faz com que a família perceba seu familiar como um “peso”, muitas vezes, difícil “de suportar”.

Em particular, a família é levada a refletir sobre o seu papel no processo de reintegração deste indivíduo, embora existam famílias que continuem achando a internação uma solução. Nestes casos, para elaborar um plano terapêutico familiar, é pertinente estudar a cultura desta família, a maneira pela qual ela se organiza e expressa o sofrimento físico e psicológico para si e para o mundo exterior. (BRASIL, 2003, p. 25).

Tais mudanças ocasionam sobrecargas, que repercutem diretamente na relação da família com o PTM. Brischiliari e Waidman (2012, p. 1.540) afirmam que as

[...] sobrecargas geradas pelo convívio do PTM com seus familiares cuidadores representam um peso material, subjetivo, organizativo e social, surgindo, assim, problemas diversos, entre os quais os encargos econômicos, físicos e emocionais a que os familiares estão submetidos em decorrência desse convívio.

Relevante mencionar que a sobrecarga pode surgir, ainda, quando apenas um ou dois membros da família ficam encarregados do cuidado do PTM. Para que o cuidado seja efetivo e nenhum membro acabe esgotando suas energias e a própria saúde no processo de cuidar, é preciso que a responsabilidade seja assumida e dividida entre toda a família, permitindo descansos e momentos de descontração para todos os cuidadores.

Ajudar os familiares na interação e na gestão da vida cotidiana dos pacientes alivia o peso dos encargos, facilita o processo de estabelecimento de uma cooperação, diminui os fatores estressantes ativadores de situações de crise, estimula a criação de possibilidades participativas, melhorando a qualidade de vida de todas as pessoas envolvidas. (MELMAN, 2008, p. 80).

Há situações em que a família abandona o PTM, por se sentir desamparada pelos serviços de saúde mental e pela sociedade. Não se pode esquecer outra dificuldade que a família enfrenta cotidianamente, a de manter sua própria saúde mental. A complexidade de cuidar do PTM repercute sobre a vida do familiar cuidador, produzindo desgaste físico, emocional e mental, como é descrito por Rosa (2011, p. 28): “O transtorno mental provoca diversos abalos no grupo familiar, sobretudo de ordem psicossocial.”

Frente a essas questões, a família não deve ser simplesmente incluída na assistência ao PTM, mas deve, sim, participar de todo o processo de tratamento ao PTM. Algumas vezes, sobretudo no início do tratamento, a família se manifesta contrária às práticas adotadas pelos serviços de saúde mental, pois estes tendem a se apropriar do PTM, porém ignorando-a. O sofrimento da família não é acolhido em sua complexidade e integralidade pelos serviços de saúde mental, e esta, também, não é preparada para manejar os sintomas do transtorno mental. É fundamental que

a família seja incluída na elaboração de cuidados e tratamentos ao PTM, bem como na definição de políticas em saúde mental.

A família, portanto, deve ser considerada como ator social indispensável para a efetividade da assistência em saúde mental e entendida como um grupo com grande potencial de acolhimento do PTM. A inclusão da família no plano de cuidados do tratamento deve ampliar o atendimento às pessoas com TM e reduzir o número e tempo de internações em instituições psiquiátricas (BORBA et al., 2011).

Assim, a família e os profissionais de saúde são os principais dispositivos que compõem a rede de serviços e apoio em saúde mental e estão diretamente relacionados às mudanças na assistência em face à reforma psiquiátrica, como também a inserção da atenção básica no cuidado e acolhimento aos PTM. (BORBA et al., 2012).

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

A pesquisa exploratória é útil no intuito de aproximar o pesquisador de seu objeto de pesquisa, considerando-se que sua realização torna a problemática mais específica e clara. “Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de idéias ou a descoberta de instituições.” (GIL, 2007, p. 42). Essa forma de pesquisa visa a conhecer e entender melhor o problema, perceber as diversas abordagens existentes sobre o mesmo, além de auxiliar na construção de hipóteses sobre o problema e suas possíveis soluções.

A pesquisa bibliográfica, por sua vez, trata-se de uma etapa essencial da pesquisa exploratória, durante a qual o pesquisador busca dados em materiais disponíveis, tais como livros, revistas, jornais e artigos científicos, sendo esse tipo de pesquisa que embasa boa parte das pesquisas realizadas em trabalhos científicos, estudos históricos e outros.

Grande parte dos estudos exploratórios pode ser definida como pesquisas bibliográficas. As pesquisas sobre ideologias, bem como aquelas que se propõem à análise das diversas posições acerca de um problema, também costumam ser desenvolvidas quase que exclusivamente mediante fontes bibliográficas. (GIL, 2007, p. 44).

Para conduzir uma pesquisa confiável e de qualidade, é essencial que o pesquisador escolha um método de coleta de dados adequado ao objetivo da pesquisa. Quando o objetivo é descrever uma ideia ou teoria já existente, o método qualitativo pode auxiliar o pesquisador a apresentar melhores resultados.

Segundo Marconi e Lakatos (2007, p. 269),

a metodologia qualitativa preocupa-se em analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano. Fornece análise mais detalhada sobre as investigações, hábitos, atitudes, tendências de comportamento, etc.

A pesquisa foi feita através de leitura exploratória de dados de artigos científicos, que têm por objetivo verificar em que medida o artigo consultado interessa à pesquisa.

A abordagem metodológica do estudo é qualitativa, sendo classificada nos critérios de pesquisa bibliográfica descritiva. Constitui-se em pesquisa realizada

nas bases de dados da literatura científica: Scielo e Bireme, no período de 2009 a 2013. Partindo dos resultados apresentados, os dados foram agrupados em tabelas do Microsoft Excel, transformados em quadros e analisados a partir de leitura crítica e redação dialógica dos autores apresentados.

Os seguintes critérios de inclusão foram utilizados para seleção dos artigos: idiomas em português que descrevam a contribuição da família no tratamento do PTM, no âmbito da saúde mental; artigos originais disponíveis na íntegra, que foram publicados entre os anos de 2009 a 2013. Nesta busca foram utilizados como descritores os termos: *família e o transtorno mental*, *família e o sofrimento mental* e *familiares e o sofrimento mental*.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Diante da especificidade do tema, procurando localizar artigos sobre a família do PTM, o material foi muito amplo, o que foi necessário delimitar a margem de tempo de 04 anos. Durante a pesquisa, utilizando as palavras-chaves, observaram-se vários estudos abordando o convívio da família com o transtorno mental e a assistência às pessoas com transtornos mentais e seus familiares.

Para melhor apresentação e discussão dos resultados, foram utilizadas as seguintes palavras-chaves: *família e o transtorno mental*, *família e o sofrimento mental e familiares e o sofrimento mental*. Cada uma dessas sugere uma visão mais crítica sobre o papel da família no cuidado ao PTM.

Relacionado aos estudos encontrados, todos foram pesquisados na base de dados da Scielo e Bireme, publicados em língua portuguesa e estão disponíveis *online* para consulta. A facilidade em encontrar artigos específicos sobre esse tema reporta ao destaque dado pela RP sobre a inclusão da família no cuidado ao PTM.

Com a desinstitucionalização, surgiu a necessidade de reconstruir novas práticas para a reinserção e permanência da pessoa com TM no convívio social, de modo que ela mantenha principalmente seus vínculos familiares. Azevedo, Miranda e Gaudencio (2009, p. 486) alertam que a família é “[...] convocada a participar efetivamente do processo de reconstrução da dignidade do portador de sofrimento psíquico, ocupando lugar privilegiado nas discussões das políticas públicas em saúde mental diante da Reforma Psiquiátrica.”

Nesse sentido, a atual PSM preconiza a inclusão da família na assistência, como coadjuvante no tratamento, beneficiando não só o PTM, mas a família como um todo.

Sobre a *família e o transtorno mental* foram encontrados vinte e quatro estudos, com distribuição de ano de publicação: nove de 2009, dois de 2010, oito de 2011, quatro de 2012 e um de 2013. Os artigos se referem preferencialmente à assistência em saúde mental oferecida à família e seu familiar PTM, dando destaque aos serviços da Atenção Básica. Waidman e outros (2012) aponta a Atenção Básica, de forma particular, a ESF, como porta de entrada do PTM e seus familiares, que buscam atendimento para suas necessidades de saúde.

Nessa perspectiva, a família deve ser valorizada pela equipe em saúde mental, como participante do cuidado e indica a necessidade de estar alicerçada na

equipe interdisciplinar. (MORENO, 2010). O apoio deve iniciar na atenção básica, seja em visitas domiciliares, atendimento em grupo ou individual de acordo com as necessidades. O importante é que estas ações sejam desenvolvidas em conjunto, que as responsabilidades possam ser compartilhadas através do matriciamento em saúde mental.

Entre os temas abordados nos artigos aparecem, também, questões de reflexão sobre o cuidado da família com o seu familiar com TM, seu conhecimento sobre a doença, suas dificuldades e necessidades vivenciadas, bem como a dinâmica e a sua relação familiar. Além da avaliação e perspectiva dos familiares sobre os serviços em saúde mental oferecidos.

No que diz respeito à família do PTM, esta necessita de adaptação após o diagnóstico do TM de seu familiar, orientação familiar sobre os cuidados com o PTM, assistência às dificuldades cotidianas e vínculo com a equipe em saúde mental (BESSA; WAIDMAN, 2013). Quando os profissionais estabelecem um relacionamento que fortalece os vínculos afetivos com a família, há maior dedicação e empenho por parte de todos, para enfrentar os desafios impostos pela doença, seja nos momentos de crises ou nos momentos de estabilidade desta.

Com relação à *família e o sofrimento mental* foram encontrados 05 estudos, com distribuição de ano de publicação: dois de 2009, dois de 2011 e um de 2012. Os artigos abordam a percepção do sofrimento psíquico na visão familiar e os significados atribuídos por familiares.

A visão dos familiares sobre o sofrimento mental demonstra sobrecarga, sofrimento, dependência familiar, angústia, tristeza e insegurança. (AZEVEDO; MIRANDA; GAUDENCIO, 2009).

Estevam et al. (2011, p. 685) afirmam que a convivência com o PTM é marcada por:

[...] sentimentos de angústia, aflição e tristeza por parte de ambos. É viver constantemente em situação de instabilidade, diante da imprevisibilidade de suas ações, e conviver com a expectativa de que uma nova crise pode surgir a qualquer momento.

Oliveira e Mendonça (2011) relatam que os familiares sofrem com muitas dificuldades como: acesso aos serviços em saúde mental, a não adesão do PTM à terapêutica medicamentosa e a dependência do familiar em relação à família.

Referente aos *familiares e ao sofrimento mental*, foram encontrados 04 estudos, com distribuição de ano de publicação: um de 2009, um de 2010, um de 2011 e um de 2012. Os temas abordados se referem aos principais motivos que favorecem a atividade de cuidar do PTM e a sobrecarga de papéis dos cuidadores familiares e suas consequências nas relações familiares.

Pode-se observar que a experiência de ser cuidador de um PTM é entendida pelos familiares como estressante, necessitando apoio, orientação e auxílio em relação ao convívio no ambiente familiar. (SANTOS; CARDOSO, 2012). É essencial saber compreender o sofrimento psíquico e acolher o PTM e sua família em suas necessidades, reconhecendo o seu papel no processo do cuidado em saúde mental.

Silva e Santos (2009, p. 92) revelam que “conhecer as especificidades das sobrecargas e identificar as necessidades de cada familiar no momento em que chega ao serviço são pré-requisitos fundamentais para incrementar a efetividade das intervenções a serem desenvolvidas.”

A experiência de sentir-se compreendido, em sua unicidade e singularidade, pelo profissional de saúde que o acolhe é, sem dúvida, um fator essencial na aderência dos familiares às intervenções em saúde mental. Portanto, a participação dos familiares nos serviços em saúde mental é fundamental no sentido de construir um vínculo entre o PTM, família e equipe, que colabore com a melhoria da qualidade de vida tanto do PTM como dos familiares. Faz-se necessário trabalhar em conjunto, na qual os serviços em saúde mental, não só incluem como, interajam com usuários e suas famílias, buscando a promoção de saúde e qualidade de vida de todos.

Pesquisar sobre essa temática em saúde mental se torna importante, pois, segundo Borba e outros (2012), a melhora na relação familiar e aceitação da doença só ocorrem a partir da inclusão da família no tratamento do PTM. Assim, torna-se imprescindível promover a integração e interação entre os serviços em saúde mental e seus usuários e familiares, para criar a participação efetiva da família na troca de experiências, efetivando os princípios da RP.

Acredita-se que as dificuldades relatadas pelos familiares no cuidado do sofrimento psíquico afeta, significativamente, a estrutura e comportamento das famílias, que adotam estratégias nem sempre ideais para recuperação e reabilitação do PTM. A aproximação e busca de compreensão dos profissionais no contexto

familiar torna-se forte aliado no tratamento, o que pode ser visualizado como preocupação em vários estudos que citam a inclusão da família no tratamento. Há uma relação intrínseca entre adoecimento e saúde nos membros da família e esta pode necessitar do cuidado por seu sofrimento, mas, também, tem potencial de intervenção e suporte para o portador de TM.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por saúde pode-se citar as condições apropriadas de vida de um indivíduo, de modo que possa realizar suas tarefas e viver com dignidade. No Brasil, o direito à saúde é assegurado a todos os cidadãos pela Constituição Federal, bem como por outras leis, como a Lei Orgânica da Saúde, que estabelecem de modo claro e objetivo quais são os direitos dos indivíduos, as obrigações do Estado e de que modo tais obrigações devem ser cumpridas.

A saúde mental não foge dessa ideia, sendo que sua existência pode estar relacionada a fatores físicos, psicológicos e sociais, confirmada quando o indivíduo consegue compreender os acontecimentos que o cercam e lidar com os mesmos de modo racional e objetivo.

Apesar da compreensão atual de que os TM são acontecimentos que comprometem a saúde mental dos indivíduos e são responsáveis por grandes dificuldades na vida destes e na convivência social e familiar, durante muito tempo foram vistos como castigos para o indivíduo e familiares, considerados pecadores. Com o passar do tempo, percebeu-se que esses transtornos são condições patológicas que atingem tais indivíduos, porém, nem por isso estes foram poupados do sofrimento de serem abandonados em instituições psiquiátricas nas quais, muitas vezes, não eram tratados, apenas torturados.

Com a desativação de muitas instituições e/ou redução de leitos hospitalares psiquiátricos, tornou-se necessário desenvolver políticas e entidades que pudessem auxiliar o PTM e familiares a compreender o TM e as demandas do indivíduo PTM, suas peculiaridades e tratamentos. Com destaque para os CAPS, regulamentados pela Portaria nº 336, de 2002 e, mais recentemente, como componente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) através da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Esses dispositivos, em conjunto com a atenção básica de saúde, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e apoio matricial, entre outros serviços de saúde mental, dão o suporte para manejo dos portadores de TM, estimulando o convívio familiar e social.

Segundo o Relatório Mundial da Saúde (OMS, 2001, p. 50):

[...] aproximadamente 20% de todos os pacientes atendidos por profissionais de cuidados primários de saúde têm uma ou mais perturbações mentais e comportamentais. Uma ou mais famílias

provavelmente terão pelo menos um membro com uma perturbação mental ou comportamental.

Contudo, muitos fatores podem conduzir ao surgimento de transtornos mentais, desde o estresse do cotidiano até doenças ou mesmo fatores genéticos.

A família, em função de não compreender totalmente a situação, vê-se obrigada a assumir sozinha o cuidado com o PTM, apresenta dificuldades no manejo do sofredor psíquico, especialmente nas situações de crise. São expectativas, comportamentos imprevisíveis que acabam prejudicando a relação familiar e o tratamento do mesmo, tornando-o menos efetivo, em função da segregação e abandono que podem ocorrer dentro da própria família.

Através do desenvolvimento deste estudo, tornou-se possível compreender que a família possui diversas dificuldades, que têm implicações diretas no tratamento do PTM e que devem ser adequadamente atendidas por profissionais de saúde em todos os níveis de assistência, desde atenção básica, atendimento hospitalar e na especialidade de saúde mental. Percebe-se a existência de vários estudos valorizando o papel da família enquanto motivador no cuidado do sofredor psíquico. A interação positiva ou negativa da família, de acordo com a situação vivenciada, está intrinsecamente relacionada ao processo saúde - doença, independente da condição patológica, o sofrimento se estende à família.

No cenário de saúde mental, a família deve ser valorizada, pois depende dos serviços existentes e de seus profissionais criarem uma nova possibilidade a esses familiares, na forma de atender e assistir o PTM.

Ressalte-se que não foi possível esgotar o tema, considerando-se que muitas outras abordagens podem ser adotadas, contudo, enquanto profissional da área de saúde, em especial da enfermagem, o estudo permitiu compreender que tanto para PTM quanto para familiares o TM causa grandes sobrecargas à família e quanto maior o acompanhamento por profissionais preparados e capacitados, maiores as chances de familiares e pacientes enfrentarem a situação, unidos e de modo eficiente.

Ainda, destaca-se a necessidade de se realizar mais pesquisas sobre essa temática, para melhor entender as dificuldades em saúde mental e, assim, desenvolver intervenções competentes, como o tratamento e acompanhamento adequado ao PTM e sua família.

Também, percebeu-se a necessidade de expansão dessa temática nos cursos de graduação e pós-graduação, em seus conteúdos programáticos, para que o tema possa ser melhor compreendido na prática e a família possa ser percebida e conhecida enquanto sujeito do cuidado ao PTM.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v. 1, n. 1, jan./abr. 2009.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Saúde Mental**. 2013. Disponível em: <<http://www.psych.org/>>. Acesso em: 12 jul. 2013.

AZEVEDO, Dulcian Medeiros de; MIRANDA, Francisco Arnaldo Nunes de; GAUDENCIO, Mércia Maria de Paiva. Percepções de familiares sobre o portador de sofrimento psíquico institucionalizado. **Esc. Anna Nery** [online]. 2009, v. 13, n. 3, p. 485-491. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a05.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2013.

BESSA, Jacqueline Botura; W Aidman, Maria Angélica Pagliarini. Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. **Texto & Contexto - Enfermagem**, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000100008&script=sci_arttext&tIng=pt>. Acesso em: 20 jun. 2013.

BORBA, Letícia de Oliveira et al. Assistência em saúde mental sustentada no modelo psicossocial: narrativas de familiares e pessoas com transtorno mental. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2012, v. 46, n. 6, p. 1.406-1.414. ISSN 0080-6234. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600018>. Acesso em: 14 maio 2013.

_____. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. **Rev. Esc. Enferm. USP**, p. 442-449, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a19.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 27 mar. 2013.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2013.

_____. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2008. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Apresentação**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925>. Acesso em: 10 mar. 2013.

_____. **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. Disponível em: < <http://www.leidireto.com.br/lei-10216.html>>. Acesso em: 10 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Profissionalização de auxiliares de enfermagem**. Brasília – DF, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/profae/pae_cad7.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Sobre o SUS: política nacional de saúde mental**. Brasília, 2009a. Disponível em: <http://189.28.128.100/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134&janela=1>. Acesso em: 14 dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Sobre o SUS: política nacional de saúde mental**. Brasília, 2009b. Disponível em: <http://189.28.128.100/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134&janela=1>. Acesso em: 2 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Brasília, novembro de 2005a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio15_anos_caracas.pdf>. Acesso em: 14 maio 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Informativo da saúde mental**. Brasília: Área Técnica de Saúde Mental/Dape/Sas/MS, ano 4, n. 19, 2005b. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/informesaudemental/boletim19.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **II Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final**. Brasília: Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, 1994. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Conferência nacional de saúde mental: relatório final**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CNS_mental.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2013.

BRISCHILIARI, A; WAIDMAN, M. O portador de transtorno mental e a vida em família. **Rev. Esc. Anna Nery**, jan./mar; 16 (1): p. 147- 156, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100020>. Acesso em: 20 jun. 2013.

BRODBECK, Ingrid May. **Reforma psiquiátrica: a universidade como parceira na construção de um novo paradigma de atenção ao portador de transtorno mental**. 2003. 128 f. Dissertação (Mestrado em Educação)-Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, 2003.

DIMENSTEIN, Magda et al. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. **Mental** [online]. 2005, v.3, n.5, p. 23-41. ISSN 1679-4427. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v3n5/v3n5a03.pdf>> Acesso em: 10 mar. 2013.

ESTEVAM, M. C. et al. Convivendo com transtorno mental: perspectiva de familiares sobre atenção básica. **Rev. Esc. Enferm USP**. 2011; 45(3): p. 679-86. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a19.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2013.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MELMAN, Jonas. **Família e doença mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. 3. ed. São Paulo: Escrituras, 2008.

MELLO, Marcelo Feijó de; MELLO, Andrea de Abreu Feijó de; KOHN, Robert. **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MORENO, Vania. Enfermeiros e a família portador de transtornos mentais. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2010, v. 63, n. 4, p. 603-607. ISSN 0034-7167. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/16.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

NUNES, Mônica; JUCÁ, Vlândia Jamile; VALENTIM, Carla Pedra Branca. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(10):2375-2384, out. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v23n10/12.pdf>> Acesso em: 10 mar. 2013.

OLIVEIRA, Elias Barbosa de; MENDONÇA, Jovana Lucia Schettini. Dificuldades enfrentadas pela família no acolhimento do paciente com transtorno mental após a alta hospitalar. **Rev. Enferm. UERJ**, 2011. Disponível em: <www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a05.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2013.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial da Saúde**. A saúde mental pelo prisma da saúde pública. 2001. Disponível em: <<http://www.who.int/eportuguese/publications/pt/>>. Acesso em: 15 jul. 2013.

OSORIO, Luiz Carlos. **Família hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

PARANÁ. Secretaria da Saúde. **Definição de saúde mental**. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1059>>. Acesso em: 10 mar. 2013.

PINI, Jéssica dos Santos; WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini. Fatores interferentes nas ações da equipe da Estratégia Saúde da Família ao portador de transtorno mental. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2012, v. 46, n. 2, p. 372-379. ISSN 0080-6234. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200015>. Acesso em: 20 jun. 2013.

ROSA, Lúcia. **Transtorno Mental e o cuidado na família**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SALES, C. A. et al. Vivências dos familiares ao cuidar de um ente esquizofrênico: um enfoque fenomenológico. **Rev. Eletr. Enf.**. 2010; 12(3): p. 456-463. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/v12n3a06.htm>. Acesso em: 02 jul. 2013.

SANT'ANA, Marília Mazzuco et al. O significado de ser familiar cuidador do Portador de Transtorno mental. **Contexto Texto - enferm.** [online], v. 20, n. 1, p. 50-58, 2011. ISSN 0104-0707. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/06.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2013.

SANTOS, Ana Flávia de Oliveira; CARDOSO, Carmen Lúcia. Autopercepção do estresse em cuidadores de pessoa em sofrimento mental. **Revista Psicologia em estudo**. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722012000100011&script=sci_arttext>. Acesso em: 04 jul. 2013.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. *Physis*: **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>> Acesso em: 11 mar. 2013.

SILVA, Gisele da; SANTOS, Manoel Antônio dos. Esquizofrenia: dando voz à mãe cuidadora. **Estud. psicol.** (Campinas) [online]. 2009, v. 26, n. 1, p. 85-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2009000100009>. Acesso em: 04 jul. 2013.

SOUZA, J. D. et al. Avaliação do funcionamento familiar no contexto da saúde mental. **Rev. psiquiatr. clín.**, v. 38, n. 6, p. 254-259, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832011000600007&script=sci_arttext>. Acesso em: 02 jul. 2013.

VILLELA, Sueli de Carvalho. SCATENA, Maria Cecília Moraes. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília (DF), nov./dez. 2004;57(6):738-41. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n6/a22.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2013.

WAIMAN, Maria Angélica Pagliarini et al. Assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais e às famílias na Atenção Básica. **Acta paul. enferm.** [online]. 2012, v. 25, n. 3, p. 346-351. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n3/v25n3a05.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Palavras-chaves: família e o transtorno mental

TOTAL GERAL DE ARTIGOS ENCONTRADOS: 26

TOTAL GERAL DE ARTIGOS UTILIZADOS: 14

PESQUISA: SCIELO

2009 - TOTAL DE ARTIGOS ENCONTRADOS: 03 - UTILIZADOS: 01

Nº	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	AUTORES	REVISTA	RESUMO
01	Familiares de portadores de transtorno mental: vivenciando o cuidado em um centro de atenção psicossocial	2009	MORENO, Vânia	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Esta investigação teve por objetivo apreender como os familiares de portadores de transtorno mental têm convivido com um serviço de saúde mental. Foi utilizado o método exploratório/descritivo, de natureza qualitativa. Como instrumento de coleta de dados, utilizou-se uma entrevista semiestruturada, sendo sujeitos dessa pesquisa seis familiares que já conviviam há mais de três anos com o adoecimento psíquico. A análise dos dados permitiu inferir que os familiares que acompanham o usuário têm de lidar com um aprendizado que adquiriram na vivência cotidiana e são sujeitos à rejeição de membros da família e da comunidade. Com relação ao centro de atenção psicossocial, os familiares se sentem acolhidos em suas queixas, recebendo um atendimento singular; porém, desconhecem os mecanismos para a sua participação social, o que aponta para uma deficiência do serviço, à medida que este deve estimular formas de inserção na comunidade, e da ampliação dos direitos de cidadania dos usuários.

2010 - TOTAL DE ARTIGOS ENCONTRADOS: 06 - UTILIZADOS: 02

(continua)

Nº	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	AUTORES	REVISTA	RESUMO
02	Enfermeiros e a família do portador de transtorno mental	2010	MORENO, Vânia	Revista Brasileira de Enfermagem	É um estudo de natureza qualitativa, que teve por objetivo conhecer como os enfermeiros que atuam em saúde mental obtiveram conhecimentos sobre a família durante sua formação acadêmica, como visualizam a mesma em sua prática cotidiana e como deveria ser a formação profissional considerando a família no cenário da assistência. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada. Foram entrevistados seis enfermeiros. A análise dados permitiu construir três categorias temáticas: A formação acadêmica e profissional – a ausência da temática família; a visão dos enfermeiros sobre a família do portador de sofrimento psíquico e um novo olhar sobre a família e o papel do ensino. Os enfermeiros obtiveram poucos conhecimentos durante a graduação sobre a temática família; no cotidiano institucional, valorizam a família como participante do cuidado e indicam que a necessidade do conteúdo sobre família esteja alicerçada no caráter interdisciplinar.
03	Terapêutica medicamentosa: conhecimento e dificuldades de familiares	2010	MONTESCHI et al.	Texto & Contexto - Enfermagem	Este estudo descritivo quali-quantitativo teve como objetivo verificar o grau de conhecimento e dificuldades do familiar do idoso com Transtorno Afetivo Bipolar referentes ao tratamento medicamentoso prescrito para o paciente. Participaram do estudo 17 familiares de idosos com Transtorno Afetivo Bipolar atendidos em um Núcleo de Saúde Mental. Para a coleta de dados

(conclusão)

Nº	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	AUTORES	REVISTA	RESUMO
	de pessoas idosas com transtorno afetivo bipolar				empregou-se a entrevista semiestruturada e aplicação de escala. Identificou-se baixo nível de conhecimento dos familiares, especialmente sobre doses e frequência dos medicamentos prescritos. Dentre as dificuldades relacionadas ao tratamento medicamentoso dos pacientes, relatadas pelos familiares, destacaram-se a ambiguidade em relação à avaliação dos benefícios do medicamento, não aderência dos pacientes ao medicamento, sobrecarga relacionada aos cuidados referentes aos medicamentos, tratamento inadequado, preocupação com o acesso ao medicamento e utilização de bebida alcoólica pelo paciente. É imperativa a necessidade de ações educativas junto à família e sua inclusão na assistência oferecida ao paciente, como colaboradora e alvo das intervenções.

2011 - TOTAL DE ARTIGOS ENCONTRADOS: 08 – UTILIZADOS: 06

(continua)

Nº	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	AUTORES	REVISTA	RESUMO
04	A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação	2011	BORBA et al.	Revista da Escola de Enfermagem	Pesquisa exploratória realizada de setembro a novembro de 2008, com seis famílias de portadores de transtorno mental em uma Associação de pacientes e familiares em Curitiba. Objetivos: conhecer o papel da família em relação

Nº	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	AUTORES	REVISTA	RESUMO
	familiar			da USP	ao portador de transtorno mental, e identificar a percepção da família com relação à saúde mental-transtorno mental, ao portador de transtorno mental e ao tratamento em saúde mental. Os dados foram obtidos mediante a técnica de Discussão de Grupo e organizados em categorias temáticas. Constatou-se que o papel da família é cuidar, incentivar, estar presente; a saúde mental é a capacidade de se relacionar, desempenhar atividades sem sofrimento; transtorno mental é o inverso, diante dele as famílias se percebem impotentes; o internamento é percebido como sofrimento, e destaca-se a importância do tratamento farmacológico. Há a necessidade de discutir essas questões com as famílias e instrumentalizar os profissionais de saúde para atender essas novas demandas de cuidados.
05	Convivendo com transtorno mental: perspectiva de familiares sobre atenção básica	2011	ESTEVAM et al.	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Trata-se de um estudo qualitativo cujo objetivo foi identificar o atendimento que é oferecido aos familiares de portadores de transtornos mentais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e compreender o cotidiano da família do portador de transtorno mental. Os dados foram coletados no período de maio a junho de 2007, por meio de entrevistas semiestruturadas e observação de cinco famílias nos respectivos domicílios. Os dados foram submetidos à análise temática que gerou duas categorias: 1) o transtorno mental na perspectiva da família e a relação com serviço de saúde; 2)convivendo com a doença mental. Os resultados corroboram a importância de, em casos de transtorno mental, ter a família como cliente do processo de cuidado, e a

(continuação)

Nº	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	AUTORES	REVISTA	RESUMO
					necessidade do preparo dos profissionais para suprir as necessidades das pessoas que frequentam estes serviços.
06	Pesquisas com famílias de portadores de transtorno mental	2011	GALERA et al.	Revista Brasileira de Enfermagem	A finalidade deste trabalho é apresentar uma reflexão crítica sobre os conhecimentos produzidos acerca dos temas: o impacto do transtorno mental na família, o impacto do ambiente familiar na evolução dos transtornos e a experiência da família com o adoecimento mental. As medidas de sobrecarga e de emoção expressa são úteis para orientar políticas públicas e a prática profissional, porém não demonstram um quadro multidimensional da experiência do cuidado. Pesquisas sobre a experiência familiar contribuem para a compreensão do sofrimento presente nesta experiência e das formas de enfrentamento adotadas pelas famílias, contribuindo, também, para se perceber as diferenças dos contextos culturais no enfrentamento das famílias.
07	Avaliação da satisfação dos usuários com o cuidado da saúde mental na Estratégia Saúde da Família	2011	COIMBRA et al.		Esta pesquisa objetiva avaliar a satisfação de usuários portadores de sofrimento psíquico acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, com vistas à integralidade. Foi um estudo de caso desenvolvido a partir de uma pesquisa de avaliação com abordagem qualitativa em uma unidade de saúde da família no município de Chapecó-SC. Os sujeitos do estudo foram 13 usuários com algum tipo de transtorno mental. Para a avaliação da satisfação, foram utilizados sete domínios: autonomia, confidencialidade, comunicação, tratamento respeitoso, pronto- atendimento, condições das

(continuação)

Nº	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	AUTORES	REVISTA	RESUMO
					instalações básicas e acesso a redes de apoio social. Ao final do estudo, identificou-se que os usuários percebem os pontos fortes e os fracos da organização do serviço e do cuidado prestado: o vínculo, a relação entre a equipe e a comunidade, o cuidado com a família, as visitas domiciliares e o olhar integral do profissional de saúde no exame físico foram relatados como motivos de satisfação dos usuários.
08	O significado de ser familiar cuidador do portador de transtorno mental	2011	SANT'ANA et al.	Texto & Contexto - Enfermagem	Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo exploratório, descritivo, cujo objetivo foi compreender os significados de ser familiar cuidador do paciente portador de transtorno mental. O estudo foi desenvolvido com familiares de portadores de transtornos mentais, atendidos na Clínica Integrada de Atenção Básica à Saúde, no município de Biguaçu-SC, vinculada à Universidade do Vale do Itajaí. Dados qualitativos foram obtidos por entrevista dialógica e analisados com base na teoria do Tornar-se Humano. Da análise dos dados emergiram as seguintes categorias: a experiência do transtorno mental em família; o enfrentamento das dificuldades e limitações; a inter-relação em família e com "outros"; a cocriação das possibilidades de transcendência. Concluiu-se que viver a teoria do Tornar-se Humano com o familiar cuidador do portador de transtorno mental implica na coparticipação do(a) enfermeiro(a) na iluminação dos significados das situações vivenciadas, cotranscendendo as suas próprias condições de ser e agir no mundo, na busca de melhor qualidade de vida.

Nº	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	AUTORES	REVISTA	RESUMO
09	Redes sociais de apoio de pessoas com transtornos mentais e familiares	2011	BRUSAMA RELLO et al.	Texto & Contexto - Enfermagem	<p>A pesquisa buscou conhecer a concepção de rede de apoio social de pessoas com transtornos mentais e familiares e identificar a rede de apoio social desses atores sociais. Trata-se de uma investigação descritivo-exploratória, com abordagem qualitativa, desenvolvida na Universidade Federal do Paraná - Curitiba, de agosto a dezembro de 2009. Participaram três pessoas com transtorno mental e seis familiares. Os dados foram obtidos mediante a técnica de Discussão de Grupo e, posteriormente, categorizados pela análise temática. Os resultados permitiram conhecer o significado e a contribuição da rede social de apoio dos familiares e portadores de transtornos mentais, bem como seus aspectos negativos. Também revelaram ser composta por grupos de igrejas, serviços de saúde, família, entre outros. Concluiu-se que a pesquisa tenha auxiliado os sujeitos a refletir acerca das suas redes sociais de apoio, fortalecido os laços interpessoais e favorecido a melhora da autoestima e a inclusão social.</p>

2012 - TOTAL DE ARTIGOS ENCONTRADOS: 09 – UTILIZADOS: 04

(continua)

Nº	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	AUTORES	REVISTA	RESUMO
10	Assistência em saúde mental sustentada no modelo psicossocial: narrativas de familiares e pessoas com transtorno mental	2012	BORBA et al.	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Esta pesquisa foi realizada com o método da história oral temática e desenvolvida no ano de 2009, em Curitiba, com oito colaboradores pertencentes a três famílias que tinham um integrante com transtorno mental. O objetivo do estudo foi descrever a percepção de familiares e de portadores de transtorno mental sobre a assistência em saúde mental sustentada no modelo psicossocial. Os dados foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada, analisados e apresentados de maneira descritiva. Os colaboradores consideraram os serviços extra-hospitalares, como o Centro de Atenção Psicossocial e os ambulatórios de saúde mental, estratégias inovadoras e mencionaram o atendimento por equipe multiprofissional, a mediação de conflitos familiares e o princípio de territorialidade. Destacaram o acompanhamento do portador de transtorno mental pela Unidade Básica de Saúde e ressaltaram a importância das associações na rede de saúde mental. Atribuíram à inclusão da família no tratamento a melhora na relação familiar e a aceitação da doença.
11	Assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais e às famílias na Atenção Básica	2012	WAIDMAN et al.	Acta Paulista de Enfermagem	Objetivo: Conhecer como os enfermeiros que atuam na Atenção Básica, mais especificamente na Estratégia Saúde da Família (ESF) percebem sua capacitação para assistir a pessoa com transtorno mental e sua família e identificar as atividades desenvolvidas por eles. Métodos: Estudo de abordagem qualitativa, realizado com 17 enfermeiros da ESF pertencentes

Nº	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	AUTORES	REVISTA	RESUMO
					<p>a 21 Unidades Básicas de Saúde do município de Maringá-PR. Os dados foram analisados conforme a metodologia de análise de conteúdo. Resultados: Para a análise, foram constituídas duas categorias: "Capacitação dos enfermeiros para o desenvolvimento do cuidado" e "Atividades desenvolvidas pelos enfermeiros com as famílias". Conclusão: Os enfermeiros, na sua maioria, não se sentem preparados/capacitados para atender às necessidades específicas dos pacientes na área de saúde mental e suas atividades desenvolvidas restringem-se às já preconizadas pelo serviço, não sendo elaboradas atividades de promoção à saúde que incluam a família na assistência ao paciente com transtorno mental.</p>
12	O portador de transtorno mental e a vida em família	2012	BRISCHILIARI Adriano; WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini	Escola Anna Nery	<p>O objetivo geral deste estudo foi revelar, na ótica familiar, a participação do portador de transtorno mental na vida em família. Pesquisa de abordagem qualitativa, realizada no período de março a maio de 2010. Os 14 colaboradores pertencem a onze famílias de portadores de transtornos mentais residentes no município de Maringá-PR. Foi utilizada a história oral temática como técnica de coleta dos dados. Para a análise dos dados utilizou-se a técnica de análise de conteúdo temática. Os resultados demonstram que, em relação à participação e decisões em família, ainda há dificuldades neste aspecto. Quanto à participação nas tarefas cotidianas, a maioria contribui quando não está em crise, porém com suas limitações; os relacionamentos familiares são permeados de sentimentos de dor e</p>

(conclusão)

Nº	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	AUTORES	REVISTA	RESUMO
					sofrimento atrelado à pena e dó. Conclui-se que a enfermagem tem o importante papel de orientar e apoiar a família em suas necessidades.
13	O apoio familiar na perspectiva do paciente em reinternação psiquiátrica: um estudo qualitativo	2012	MACHADO, Vanessa Cristina; SANTOS, Manoel Antônio dos	Interface - Comunicação, Saúde, Educação	Objetivou-se investigar a percepção do envolvimento familiar nos cuidados ao paciente, no paradigma da reabilitação psicossocial. Utilizou-se abordagem qualitativa por meio de entrevistas semiestruturadas com 22 pacientes com reinternação psiquiátrica. A interpretação dos dados foi fundamentada no paradigma emergente da Atenção Psicossocial. Os entrevistados reconheceram a importância do apoio recebido dos familiares, tanto em termos práticos como afetivos, e admitiram as dificuldades impostas pela convivência com o sofrimento mental. Por outro lado, destacaram limitações nas relações familiares e, por conseguinte, nas possibilidades de cuidado recebido, o que conduz à incompreensão sobre o transtorno mental e à consequente desconfiança, bem como à superproteção que se confunde com privação de liberdade. Ao se considerarem esses aspectos, no contexto da desinstitucionalização, confirma-se a necessidade de a família ser incluída em intervenções de promoção de saúde, como protagonista das estratégias de reabilitação psicossocial.

2013 - TOTAL DE ARTIGOS ENCONTRADOS: 01 – UTILIZADOS: 01

Nº	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	AUTORES	REVISTA	RESUMO
14	Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica	2013	BESSA, Jacqueline Botura; WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini	Texto & Contexto - Enfermagem	Objetivou-se conhecer as necessidades da família cuidadora de uma pessoa com transtorno mental no atual modelo de atenção em saúde. Trata-se de um estudo qualitativo, realizado em municípios de três regionais de saúde do Estado do Paraná, empregando-se a coleta de dados com trinta e duas famílias. Os dados foram analisados por meio de indicadores. Os resultados apontam lacunas nos serviços da rede de saúde mental em relação aos cuidados às pessoas com transtorno mental e seus familiares no que diz respeito à necessidade de: adaptação após o diagnóstico da patologia; orientação familiar; adesão ao tratamento; internação; auxílio financeiro; assistência para transporte, reinserção na sociedade; inclusão nos serviços extra-hospitalares após internação; e vínculo entre profissional e pessoa assistida. Conclui-se que estas necessidades precisam ser exploradas pelos profissionais da rede em saúde mental para possibilidade e concretização de uma assistência desinstitucionalizada, integral e resolutiva à pessoa com transtorno mental e sua família.

APÊNDICE B – Palavras-chaves: família e o sofrimento mental

TOTAL GERAL DE ARTIGOS ENCONTRADOS 14

TOTAL GERAL DE ARTIGOS UTILIZADOS: 05

2009 - TOTAL DE ARTIGOS ENCONTRADOS: 06 - UTILIZADOS: 02

(continua)

Nº	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	AUTORES	REVISTA	RESUMO
01	Percepções de familiares sobre o portador de sofrimento psíquico institucionalizado	2009	AZEVEDO et al.	Escola Anna Nery	Objetivou-se investigar a percepção do sofrimento psíquico na visão familiar. Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em junho de 2005 em um hospital psiquiátrico de médio porte. Entrevistaram-se 15 familiares que acompanhavam o tratamento e a assistência no hospital. As falas foram submetidas à análise de conteúdo, categoria temática. Nesse sentido, os familiares demonstraram conhecer as alterações comportamentais decorrentes do sofrimento psíquico e o seu período de instalação. Relataram ainda um percurso angustiante e difícil na procura por ajuda, afirmando não saber a quem ou o quê procurar, valendo-se, inicialmente, do auxílio mágico-religioso e, posteriormente, do conhecimento médico-científico. No âmbito da convivência familiar, os conflitos existem e reforçam o comprometimento nas relações interpessoais e vínculos sociais. Torna-se um desafio para os profissionais de saúde mental estabelecer vínculos terapêuticos com familiares de portadores de sofrimento psíquico, ensejando um

Nº	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	AUTORES	REVISTA	RESUMO
					redirecionamento das práticas assistenciais e, sobretudo, de educação em saúde.
02	Reforma psiquiátrica e inclusão social: um estudo com familiares de doentes mentais	2009	MACIEL et al.	Psicologia: ciência e profissão	A reforma psiquiátrica é um processo em construção, não ocorrendo de forma consensual em todo o mundo. Está relacionada às particularidades das condições econômicas, históricas, políticas e culturais que caracterizam as diferentes regiões e países. Enquanto prática social é construída coletivamente, sendo composta por profissionais, familiares e usuários e pela sociedade em geral. O presente estudo visa a analisar os significados atribuídos por familiares de doentes mentais à família, à família do doente mental e à inclusão social no atual contexto da reforma psiquiátrica. Foi realizado em João Pessoa, na Paraíba, com 60 familiares de doentes mentais atendidos em um hospital psiquiátrico e em uma unidade do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Para a coleta de dados, utilizou-se o Teste de Associação Livre de Palavras, que foi analisado pelo software Tri-Deux-Mots. Os resultados revelaram que a família do doente mental considera possuir atribuições como preconceito, sobrecarga, tristeza e sofrimento, o que constitui um sério empecilho para a inclusão sociofamiliar do doente mental, dificultando, assim, a aceitação da reforma psiquiátrica e de seus pressupostos.

2010 - TOTAL DE ARTIGOS ENCONTRADOS: 03 – NÃO FORAM UTILIZADOS ARTIGOS NESTE ANO

2011 - TOTAL DE ARTIGOS ENCONTRADOS: 09 – UTILIZADOS: 02

(continua)

Nº	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	AUTORES	REVISTA	RESUMO
03	A família em saúde mental: subsídios para o cuidado clínico de enfermagem	2011	SILVA, Kely Vanessa Leite Gomes da; MONTEIRO, Ana Ruth Macedo	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Trata-se de reflexão teórica sobre cuidado clínico de enfermagem em saúde mental dado à família. Diante da existência de um membro em sofrimento psíquico, a família delegava ao manicômio o cuidado do seu parente, cabendo à enfermagem colaborar com o trabalho médico, organizando o ambiente e garantindo o isolamento familiar e social. Com o advento da Reforma Psiquiátrica, pautada na proposta de atenção psicossocial, a família passa a ser alvo de atenção dos profissionais de saúde. Enquanto subsídios para o cuidado clínico de enfermagem em saúde mental, acredita-se na necessidade de mudança conceitual, na implementação da educação em saúde, no trabalho interdisciplinar e na clínica ampliada, garantindo a integralidade e a autonomia dos sujeitos. Compreende-se que o cuidado clínico de enfermagem deve permear a politização dos sujeitos, na qual os atores militam em busca da produção de autonomia e as práticas envolvem dignidade, criatividade, acolhimento, interdisciplinaridade, escuta e compartilhamento de saberes.
04	Adolescentes em sofrimento psíquico e a política de saúde mental infanto-juvenil	2011	SANTOS et al.	Acta Paulista de Enfermagem	O presente estudo é uma revisão de literatura dos artigos publicados a respeito da saúde mental de adolescentes no Brasil, entre janeiro de 2005 e abril de 2010. Os unitermos utilizados nos sites LILACS e SciELO foram: saúde mental, adolescentes, cuidado e produção do cuidado. Foram analisados 35 artigos, empregando-se a técnica de análise de conteúdo.

(conclusão)

Nº	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	AUTORES	REVISTA	RESUMO
					<p>Os estudos mostraram ser indispensável reconhecer que o adolescente em sofrimento psíquico é um sujeito e que vive em um contexto subjetivo. Desta forma, as propostas de transformação não terão o alcance necessário às necessidades e demandas desses indivíduos sem uma articulação efetiva entre os diversos setores, trabalhadores de saúde, usuários e família. Neste debate, ainda são poucas as publicações que abordam as novas experiências, o redimensionamento do ato clínico, a clínica ampliada ou a produção do cuidado na atenção à saúde mental destes sujeitos.</p>

2012 - TOTAL DE ARTIGOS ENCONTRADOS: 05 – UTILIZADOS 01

(continua)

Nº	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	AUTORES	REVISTA	RESUMO
05	Sofrimento psíquico em crianças e adolescentes - a busca pelo tratamento	2012	MONTEIRO et al.	Escola Anna Nery	<p>Trata-se de uma pesquisa de natureza descritiva com abordagem qualitativa, realizada em um centro de atenção psicossocial infantil - CAPSi, do município de Fortaleza-CE. Este estudo objetiva descrever a atitude da família na busca de tratamento da criança/adolescente em sofrimento</p>

(conclusão)

Nº	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	AUTORES	REVISTA	RESUMO
					<p>psíquico. Os sujeitos desta pesquisa constituem-se de 42 familiares cuidadores de crianças e adolescentes, usuários do CAPSi. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas. A análise dos dados foi feita através de entrevistas divididas em categorias, em que as falas com ideias semelhantes se reuniam em uma mesma categoria. Os resultados mostram um importante elemento sobre a falta de assistência à família do indivíduo em adoecimento psíquico, evidenciando a fundamental importância de englobar toda a família no processo terapêutico. Concluiu-se que se fazem necessárias reflexões acerca da atenção de saúde direcionada ao adoecimento psíquico, em relação às crianças e adolescentes, bem como em relação às famílias envolvidas, prevenindo ou intercedendo precocemente no adoecimento psíquico.</p>

2013 - TOTAL DE ARTIGOS ENCONTRADOS: NÃO FORAM ENCONTRADOS ARTIGOS PUBLICADOS NESTE ANO

APÊNDICE C – Palavras-chaves: familiares e sofrimento mental

TOTAL GERAL DE ARTIGOS ENCONTRADOS: 20

TOTAL GERAL DE ARTIGOS UTILIZADOS: 04

2009 - TOTAL DE ARTIGOS ENCONTRADOS: 06 – UTILIZADOS: 01

Nº	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	AUTORES	REVISTA	RESUMO
01	Cuidar de familiares idosos com a doença de Alzheimer: uma reflexão sobre aspectos psicossociais		FALCÃO, Deusivania Vieira da Silva; MALUSCHKE, Júlia Sursis Nobre Ferro Bucher	Psicologia em estudo	Este artigo busca discutir o papel dos cuidadores familiares de idosos com a doença de Alzheimer (DA) e suas implicações no contexto psicossocial, trazendo à tona uma reflexão pautada na literatura psicogerontológica. Desenvolveu-se um referencial analítico ancorado nos seguintes aspectos: as principais características dos cuidadores de familiares idosos com demência; os principais motivos que favorecem a atividade de cuidar e suas dimensões multifacetadas; a sobrecarga de papéis dos cuidadores familiares e suas consequências nas relações conjugais e intergeracionais. Por fim, apontam-se conteúdos inerentes ao contexto familiar de idosos com a doença de Alzheimer e aos programas de apoio e intervenção psicossocial. Conclui-se que o diagnóstico da DA deveria ser realizado o mais precocemente possível, com vista a propiciar uma melhor oportunidade para desenvolver o tratamento e diminuir o sofrimento do paciente e da família.

2010 - TOTAL DE ARTIGOS ENCONTRADOS: 02 – UTILIZADOS: 01

Nº	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	AUTORES	REVISTA	RESUMO
02	Inserção social e habitação: um caminho para a avaliação da situação de moradia de portadores de transtorno mental grave no Brasil	2010	FURTADO et al.	Interface - Comunicação, Saúde, Educação	No que concerne às suas necessidades de moradias, os portadores de transtorno mental grave no Brasil possuem duas perspectivas: os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) ou formas alternativas, como o apoio de familiares e/ou da rede de saúde mental do SUS, sobretudo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Parece fundamental avaliar como os portadores de sofrimento mental grave constituem suas habitações (habitus) e inserção social nessas experiências, a partir dos elementos estruturais da moradia (abrigo, privacidade, segurança e conforto) e de suporte (rede social e de serviços), bem como o acompanhamento ofertado pelos serviços, em um contexto de desinstitucionalização. Para isso, são discutidos pressupostos, categorias de análise e possíveis contribuições de um método de investigação avaliativa qualitativa e interdisciplinar, elaborado por pesquisadores de distintas áreas do saber (antropologia, arquitetura, psicanálise e saúde coletiva), de modo a propiciar uma aproximação mais sistemática acerca dessa importante temática.

2011 - TOTAL DE ARTIGOS ENCONTRADOS: 05 – UTILIZADOS: 01

Nº	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	AUTORES	REVISTA	RESUMO
03	Concepções sobre transtornos mentais e seu tratamento entre idosos atendidos em um serviço público de saúde mental	2011	CLEMENTE et al.	Cadernos de Saúde Pública	<p>Para compreender os modos de pensar e agir de pacientes idosos diante dos transtornos mentais foram entrevistados 13 idosos (≥ 60 anos), atendidos em hospital público de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. A análise dos dados foi baseada no modelo de Signos, Significados e Ações. A maioria dos idosos negou a presença de qualquer transtorno mental, mas identificou signos de sofrimento mental, articulados em três categorias: nervoso, problema de cabeça e doidura. Todos referiram a sintoma que justificaria tratamento e destacaram como causas de transtornos mentais: problemas familiares e vivenciais, físicos, de alimentação e sono, fraqueza moral e debilidade atribuída ao envelhecimento. Apesar de a procura do atendimento ser atribuída à iniciativa de outrem, o tratamento é bem aceito e avaliado, mesmo com certas ressalvas articuladas aos seus próprios conceitos sobre causas e consequências de tais perturbações. Os medicamentos foram apontados como principal medida de tratamento, apesar dos efeitos adversos, da baixa eficácia e do modo como são preconizados pelos profissionais de saúde.</p>

2012 - TOTAL DE ARTIGOS ENCONTRADOS: 07 – UTILIZADOS: 01

Nº	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	AUTORES	REVISTA	RESUMO
04	Autopercepção do estresse em cuidadores de pessoa em sofrimento mental	2012	SANTOS, Ana Flávia de Oliveira; CARDOSO, Carmen Lúcia	Psicologia em estudo	O estudo objetivou avaliar a autopercepção do estresse entre familiares cuidadores de pessoa em sofrimento mental. Participaram 54 familiares cuidadores de usuário em tratamento em serviço de saúde mental há pelo menos um ano que residiam juntos. Aplicou-se um roteiro elaborado para esta pesquisa com vista a identificar os dados sociodemográficos e da autopercepção do estresse dos participantes, identificando-se a percepção do cuidador quanto ao estresse e aos fatores desencadeantes. Os resultados foram tratados por meio de estatística descritiva e análise de conteúdo segundo frequência de respostas. Dos participantes, 81,5% se perceberam com algum grau de estresse e entre estes, alguns aspectos da convivência com a pessoa em sofrimento mental foram avaliados como os que mais frequentemente contribuíam para esta percepção. Conclui-se que a experiência de cuidador de usuário de serviço de saúde mental é significada como estressante, necessitando apoio, orientação e auxílio em relação ao convívio no ambiente doméstico.

2013 - TOTAL DE ARTIGOS ENCONTRADOS: 01 – NÃO FOI UTILIZADO O ARTIGO PUBLICADO NESTE ANO

APÊNDICE D – Palavras-chaves: familiares e transtorno mental

TOTAL GERAL DE ARTIGOS ENCONTRADOS: 57

TOTAL GERAL DE ARTIGOS UTILIZADOS: 09

ANOS: 2009 a 2013

FONTE DE PESQUISA: BIREME

TOTAL DE ARTIGOS ENCONTRADOS: 57 - UTILIZADOS: 09

(continua)

Nº	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	AUTORES	REVISTA	RESUMO
01	Convivência e rotina da família atendida em CAPS	2011	GRANDI, Ana Lúcia de; WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini	Ciência e. Cuidado em Saúde	O presente estudo tem por objetivo descrever a convivência das famílias de pessoas com transtornos mentais, destacando as alterações decorrentes desta quando o paciente está em crise. Pesquisa exploratória descritiva de análise qualitativa realizada em fevereiro de 2009. A população foi composta de cinco famílias de pessoas com transtornos mentais que possuem seu familiar atendido pelo CAPS I em um município de pequeno porte do interior do Paraná. Utilizou-se a entrevista aberta como forma de coleta de dados e a análise de conteúdo temática como técnica para analisar os dados. Encontraram-se duas categorias temáticas: mudando a rotina familiar: as dificuldades sendo reveladas em meio ao sofrimento; a fé e a esperança como suporte para continuar vivendo. Verificou-se que as famílias possuem dificuldades no convívio com a

(continuação)

Nº	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	AUTORES	REVISTA	RESUMO
					<p>pessoa com transtorno mental, dentre elas a falta de habilidade no manejo das crises. O CAPS é um serviço que ajudou na melhora da pessoa com transtorno mental, pois antes de sua frequência no serviço apresentava comportamentos mais agressivos e os relacionamentos eram mais complicados. As famílias mantêm a fé e a esperança como aliadas nos momentos de dificuldades e também como forma de alívio da dor e do sofrimento.</p>
02	<p>Tratamento da pessoa com transtorno mental em face da Reforma Psiquiátrica Brasileira: percepções dos familiares</p>	2011	JASNIEVSKI et al.	Colombia Médica	<p>Objetivo: Apreender as percepções de familiares de pessoas com transtorno mental quanto ao tratamento em face da Reforma Psiquiátrica Brasileira.</p> <p>Metodologia: Pesquisa qualitativa, exploratória, desenvolvida em 2010 em um hospital psiquiátrico do Estado do Paraná, Brasil. Os sujeitos foram 10 familiares de portadores de transtorno mental em tratamento. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e analisados pela técnica de análise temático-categorial. Resultados: Da análise, emergiram três categorias: tratamento do portador de transtorno mental face à Reforma Psiquiátrica; serviços de saúde mental extra-hospitalares; sobrecarga física e emocional do familiar. Discussão: As famílias percebem que existe uma nova forma de tratar o portador de transtorno mental baseada na sua reinserção social com a participação da equipe multiprofissional. Conclusão: Há necessidade de maior apoio às famílias</p>

(continuação)

Nº	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	AUTORES	REVISTA	RESUMO
					de pessoas com transtorno mental, mediada pelas políticas públicas brasileiras.
03	Dificuldades enfrentadas pela família no acolhimento do paciente com transtorno mental após a alta hospitalar	2011	OLIVIERA, Elias Barbosa de; MENDONÇA, Jovana Lucia Schettini	Rev. Enferm. UERJ	Estudo que objetivou analisar as dificuldades enfrentadas pela família no acolhimento do paciente com transtorno mental após a alta hospitalar. Estudo qualitativo descritivo. Utilizou-se a técnica de entrevista semiestruturada. Participaram do estudo 14 familiares em um hospital psiquiátrico público situado no município do Rio de Janeiro, Brasil, em 2007. Os familiares relataram como dificuldades o acesso aos serviços extra-hospitalares, a não adesão do paciente à terapêutica medicamentosa, a dependência do paciente em relação à família e o desconhecimento sobre os serviços extra-hospitalares. Concluiu-se que há necessidade de maior articulação dos serviços de atenção primária e secundária em saúde mental, de modo a minimizar as dificuldades enfrentadas pela família.
04	Convivendo com indivíduo portador de transtorno psíquico: na ótica do familiar	2009	DELLATORRE, Marcela; MARASCHIN, Maristela Salete; TONINI, Nelsi Salete	Nursing (São Paulo)	Este estudo analisou a convivência do indivíduo portador de transtorno psíquico na ótica do familiar, identificando as dificuldades em relação à convivência, e conhecendo os meios buscados pela família para atender às necessidades relacionadas à saúde. A análise dos dados foi realizada por meio do Discurso do Sujeito Coletivo. Encontraram-se como temas geradores de significações: sentidos de atenção e amor, religião, autocuidado, autonomia, exclusão e estigma, apoio, medo,

(continuação)

Nº	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	AUTORES	REVISTA	RESUMO
					sobrecarga e preconceito. A família precisa de suporte para lidar com essas situações que surgem do sofrimento.
05	Fatores preditores da sobrecarga subjetiva de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil	2009	BARROSO, Sabrina Martins; BANDEIRA, Marina; NASCIMENTO, Elizabeth do	Caderno de Saúde Pública	Foram investigados os fatores preditores da sobrecarga subjetiva em familiares de pacientes psiquiátricos, sendo entrevistados 150 familiares de pacientes selecionados aleatoriamente em quatro serviços de saúde mental de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Utilizou-se a Escala de Sobrecarga dos Familiares de Pacientes Psiquiátricos (FBIS-BR) e um questionário sócio-demográfico para coleta dos dados. As variáveis foram agrupadas em categorias temáticas analisadas separadamente para determinar a importância relativa dos fatores preditores. Os resultados mostraram que a sobrecarga subjetiva associou-se à sobrecarga objetiva e a fatores relacionados às condições clínicas dos pacientes, às condições de vida, estado de saúde e condições financeiras do cuidador e do paciente e às informações sobre o transtorno mental. O grau de sobrecarga subjetiva era menor quando o cuidador tinha lazer, atividades religiosas, admitia cuidar e tinha sentimentos positivos pelo paciente. Constatou-se a necessidade de incluir o acompanhamento aos familiares no modelo comunitário de atendimento psiquiátrico.
06	Familiares de portadores de transtorno mental:	2009	MORENO, Vânia	Revista da Escola de Enfermagem	Esta investigação teve por objetivo apreender como os familiares de portadores de transtorno mental têm convivido com um serviço de saúde mental. Foi utilizado o método exploratório/descritivo, de natureza

Nº	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	AUTORES	REVISTA	RESUMO
	vivenciando o cuidado em um centro de atenção psicossocial			da USP	qualitativa. Como instrumento de coleta de dados, utilizou-se uma entrevista semiestruturada, sendo sujeitos desta pesquisa seis familiares que já conviviam há mais de três anos com o adoecimento psíquico. A análise dos dados permitiu inferir que os familiares que acompanham o usuário têm de lidar com um aprendizado que adquiriram na vivência cotidiana e são sujeitos à rejeição de membros da família e da comunidade; com relação ao centro de atenção psicossocial, os familiares se sentem acolhidos em suas queixas, recebendo um atendimento singular; porém, desconhecem os mecanismos para a sua participação social, o que aponta para uma deficiência do serviço, à medida que este deve estimular formas de inserção na comunidade, e da ampliação dos direitos de cidadania dos usuários.
07	Esquizofrenia: dando voz à mãe cuidadora	2009	SILVA, Gisele da; SANTOS, Manoel Antônio dos	Estud. psicol. (Campinas)	Objetivou-se investigar as repercussões desencadeadas na vida de mães cuidadoras ao longo do curso do transtorno esquizofrênico de seus filhos. Doze participantes responderam a uma entrevista semiestruturada e suas narrativas foram examinadas por meio da análise de conteúdo temática. Foram encontrados sete eixos temáticos, cada qual apontando momentos, problemáticas e correlatos emocionais específicos: estranhamento, o estigma da loucura, a chegada ao consultório médico, o diagnóstico, resistindo ao tratamento médico, mudanças na vida, aceitação ou resignação. Os resultados evidenciaram a natureza invasiva do transtorno

(continuação)

Nº	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	AUTORES	REVISTA	RESUMO
					<p>mental na vida da mãe cuidadora, a especificidade das sobrecargas vivenciadas em cada período do curso da esquizofrenia e a dificuldade encontrada na elaboração psíquica da condição do filho, mesmo após muitos anos do diagnóstico.</p>
08	A convivência em família com o portador de transtorno psíquico	2009	SOUZA et al.	Revista Eletrônica de Enfermagem	<p>Este estudo teve como objetivo conhecer as experiências da família no convívio com o portador de transtorno psíquico, utilizando-se da avaliação estrutural deste grupo familiar. Consiste num estudo descritivo de abordagem qualitativa. Os dados foram coletados, em 2004, a partir de uma família que possui um de seus membros portador de transtorno psíquico e vem sendo acompanhada num Centro de Atenção Psicossocial. Tais dados foram obtidos através de três entrevistas realizadas no domicílio, seguindo-se a orientação teórico-metodológica do Modelo Calgary de Avaliação de Família, num recorte centrado na avaliação estrutural. Os resultados foram apresentados enfatizando-se os seguintes aspectos: estrutura interna (composição familiar, gênero, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas, limites), estrutura externa (família extensa e sistemas mais amplos), o contexto (etnia, raça, classe social, religião e espiritualidade, ambiente). Considerou-se que o modelo utilizado consiste num aporte relevante para avaliação de famílias com portadores de transtorno psíquico, apontando para aspectos centrais do cuidado de enfermagem a estas famílias.</p>

Nº	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	AUTORES	REVISTA	RESUMO
09	Estratégia de cuidado a famílias de portadores de transtornos mentais: experiências de um grupo de pesquisa	2009	WAIDMAN et al.	Ciência e. Cuidado em Saúde	Este estudo tem por objetivo relatar a experiência de participantes de um grupo de pesquisa (Núcleo de Estudos Pesquisa, Assistência e Apoio a Famílias - NEPAAF) ao desenvolver assistência a famílias de portadores de transtornos mentais com base nos pressupostos de Waidman. A proposta de trabalho abrange três níveis: o cuidado individual à família, o cuidado grupal e as atividades denominadas extramuros. O cuidado individual às famílias se faz quase exclusivamente em forma de visitas domiciliares, sendo os atendimentos realizados de acordo com as necessidades de cada família, levando-se em consideração sua unicidade e realidade. As atividades grupais são desenvolvidas na Associação Maringaense de Saúde Mental ou na unidade básica de saúde em que são organizados grupos de autoajuda, nos quais se discutem questões de relevância para o grupo. Nas atividades denominadas extramuros ou de reinserção social realizam-se atividades destinadas a tornar efetiva a desinstitucionalização. Para tanto é preciso pensar na reinserção social a partir do fortalecimento da rede de apoio em que o portador de transtorno mental e sua família estão envolvidos, mediante incentivo à participação nas associações de saúde mental, em oficinas e cooperativas de trabalho, em grupos de psicoeducação e outras organizações ou atividades congêneres.

PALAVRAS-CHAVES: FAMÍLIARES E O TRANSTORNO MENTAL E FAMILIARES E SOFRIMENTO MENTAL

TOTAL GERAL DE ARTIGOS ENCONTRADOS: 60

TOTAL GERAL DE ARTIGOS UTILIZADOS: NENHUM, POIS OS ARTIGOS SE REPETEM

ANOS: 2009 a 2013