

FACULDADE LABORO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

**RÔMULO MAFRA CRUZ**  
**TAMIRES MARTINS RAMOS**

**A RELAÇÃO DAS FAMÍLIAS COM OS PARENTES PORTADORES DE  
TRANSTORNOS MENTAIS E SEUS DESAFIOS**

São Luís  
2019

**RÔMULO MAFRA CRUZ**  
**TAMIRES MARTINS RAMOS**

**A RELAÇÃO DAS FAMÍLIAS COM OS PARENTES PORTADORES DE  
TRANSTORNOS MENTAIS E SEUS DESAFIOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização Saúde Mental e Atenção  
Psicossocial da Faculdade Laboro, para obtenção do  
título de Especialista.

Orientador (a): Prof.(a) : Ms. Marilha Silva

São Luís  
2019

**RÔMULO MAFRA CRUZ**  
**TAMIRES MARTINS RAMOS**

**A RELAÇÃO DAS FAMÍLIAS COM OS PARENTES PORTADORES DE  
TRANSTORNOS MENTAIS E SEUS DESAFIOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização Saúde Mental e Atenção  
Psicossocial da Faculdade Laboro, para obtenção do  
título de Especialista.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Profa. Dra. (Orientadora)**

---

**Examinador 1**

---

**Examinador 2**

## **A RELAÇÃO DAS FAMÍLIAS COM OS PARENTES PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS E SEUS DESAFIOS**

**RÔMULO MAFRA CRUZ<sup>1</sup>**

**TAMIRES MARTINS RAMOS<sup>2</sup>**

### **RESUMO**

Esta pesquisa tem como tema a relação família x portador de transtornos mentais (a qual futuramente trataremos de PTM) x equipe de saúde mental. Tem como objetivo apontar, descrever e trazer à reflexão as nuances desse processo, desde a chegada do paciente e principalmente a participação dos membros da família. Este estudo busca uma maior ampliação dessa discussão, além de contribuir para o campo das intervenções com os familiares dos portadores de transtorno mental. É necessário que os serviços de saúde mental encontrem estratégias para abranger as famílias durante o tratamento, ampliando, dessa maneira, o horizonte das intervenções, para que, assim, esse grupo possa ser parceiro no tratamento do portador de transtorno mental e possibilite a emergência de forças instituintes na relação entre família, portador de transtorno mental e os serviços de saúde. É essencial conhecer o papel da família em relação 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. Historicamente essas famílias não tinham participação nesse tratamento, tendo em vista que o modelo manicomial era de isolamento e esquecimento daquele familiar que era internado. Pode-se dizer que o tema ainda é contemporâneo, necessitando sempre de aprofundamento e novas dinâmicas para proporcionar um maior entendimento de todos envolvidos no processo. O PTM tem papel dentro da família mesmo tendo suas comorbidades, sendo necessária essa ressignificação tanto para ele como para os familiares e profissionais que tem o desafio de fazê-lo.

**Palavras-chave:** 1. Portador de Transtorno Mental 2. Percepção da Família 3. Equipe de Saúde Mental

## A RELAÇÃO DAS FAMÍLIAS COM OS PARENTES PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS E SEUS DESAFIOS

### ABSTRACT

This research has as its theme the family x family of mental disorders (which in the future we will treat MTP) x mental health team. It aims to point out, describe and bring to reflection the nuances of this process, since the arrival of the patient and especially the participation of the family members. This study seeks to broaden this discussion, in addition to contributing to the field of interventions with the relatives of those with mental disorders. It is necessary for mental health services to find strategies to cover families during treatment, thus broadening the horizons of interventions, so that this group can be a partner in the treatment of the mentally ill person and enable the emergence of forces in the relationship between family, mental disorder and health services. It is essential to know the family's role in relation to the mentally ill person and to identify the family's perception regarding mental health-mental disorder, the mental disorder patient, and the mental health treatment. Historically these families had no participation in this treatment, considering that the asylum model was one of isolation and forgetfulness of the family member who was hospitalized. It can be said that the theme is still contemporary and current, always needing deepening and new dynamics to provide a greater understanding of all involved in the process. The PTM has a role within the family, even though it has its comorbidities, and this re-signification is necessary for both the family and the professionals who have the challenge of doing so.

**Keywords:** Word 1. Word 2. Word 3.

---

Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Faculdade Laboro, 2019

<sup>2</sup> Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Faculdade Laboro, 2019

<sup>3</sup> Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Faculdade Laboro, 2019

## INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem como tema a relação família, portadores de transtorno mental e o serviço de saúde mental, a partir de uma perspectiva observacional. A partir dessa relação evidenciamos quais atravessamentos existem, e que efeitos têm no grupo participante da pesquisa e no tratamento do portador de transtorno mental. Para isso, definimos e contextualizamos o papel da família dos portadores de transtorno mental no tratamento de seu familiar, usuário do serviço de saúde mental. Realizamos não só uma investigação da relação dos familiares com o serviço de saúde mental como também os procedimentos e técnicas atuais nos centros de tratamentos e clínicas até então divulgados. Dessa forma ao se pensar na substituição do modelo de tratamento asilar, passou-se a enfatizar a participação da família e da sociedade nos cuidados com o doente, os quais antes eram desempenhados apenas pelos serviços de saúde, e após essa substituição propõe-se uma atitude terapêutica que não se baseasse somente na tutela, mas também no cuidado e no acolhimento.

A necessidade de estudar as famílias dos portadores de transtorno mental surgiu a partir da prática profissional no CAPS da cidade de Guimarães, Maranhão, no ano de 2015. Foi observada a falta de orientação das famílias e parentes quando tinham dentro do convívio algum PTM, mesmo sendo caso leve (tornando-se um caos quando severo). Os problemas do cotidiano me convocaram para este estudo. Como intervir com os familiares dos portadores de transtorno mental? Como atender a demanda da família? O que é possível ofertar a esse grupo? Como trazer a família para que seja parceira do tratamento? Como melhorar a relação entre família, portador de transtorno mental e o CAPS? O que é necessário que a equipe faça diante dessas questões? Dentre várias outras questões que impulsionaram a conhecer mais esta relação (família, portador de transtorno mental e CAPS), repleta de contradições e tão necessitada de maior interesse por parte dos profissionais da área da saúde mental.

Para investigar a atual relação entre familiares de pacientes portadores de transtornos mentais e os serviços de saúde mental foram analisados diversos artigos que tratavam do tema em questão com o recorte temporal dos de 2000 a 2013. Foram utilizadas as bases de dados scielo e pepsic. Para a busca foram utilizadas as palavras chaves: saúde mental, portador de transtorno mental e família. Foram

encontrados 22 artigos e dissertações de mestrado nas áreas de psicologia e excluídos cinco artigos por não se encaixarem dentro da proposta do tema.

## 1. HISTÓRIA DO TRANSTORNO MENTAL NA FAMÍLIA

Hoje em dia está em funcionamento uma rede ampla e diferenciada de serviços substitutivos ao modelo psiquiátrico tradicional e arcaico, devido às propostas de mudança da Reforma Psiquiátrica. De maneira geral, eles se caracterizam pela utilização intensiva de um conjunto amplo e complexo de tecnologias terapêuticas e práticas psicossociais dirigidas para manter a pessoa na comunidade. Com isso, como já ressaltado, o portador de transtorno mental vive com a família, no seu seio, trazendo o transtorno mental para o dia-a-dia do convívio familiar. Claro que é uma vivência repleta de obstáculos, dificuldades, incertezas, sofrimentos.

No entanto, muitas vezes a desospitalização é vivida, no cotidiano dos familiares e da sociedade, como espécie de descumprimento, por parte do Estado, de uma obrigação, a obrigação de cuidar do louco, cuidado aqui entendido como alisamento. Os discursos aparentemente humanitários, que sensibilizam a classe média intelectualizada, não convencem a família de doze (12) pessoas, a qual vive em um barracão e sobrevive com um salário mínimo, de que é melhor para ela e para o paciente que o tratamento seja realizado em casa.

**Romagnoli (2006)** ressalta que, muitas vezes, os familiares assumem o lugar de “ignorantes”, destituídos de qualquer saber sobre si mesmos e sobre o doente, o que os impede de se reconhecerem como sujeitos autônomos. Dessa maneira, ocupam um lugar de alienação que não possibilita que realizem por si mesmos, novas experiências, dificultando o lugar de um grupo ativo no processo de construção da vida.

E assim, na tentativa de resolver os problemas voltados para o transtorno mental, os familiares passam a organizar suas vidas em torno das vivências da doença mental. É com os familiares que mais se envolvem com a doença mental e menos toleram as mudanças geradas a partir do desencadeamento desse transtorno que vamos encontrar as maiores dificuldades em lidar com essa nova realidade de vida. Para algumas pessoas, apresentar um irmão ou um filho doente é um fato absolutamente intolerável, inaceitável. Daí vem as crises familiares, a falta de

orientação e preparo para lidar com esse parente PTM que tem um comportamento “fora do padrão” e lhe causa constrangimento muitas vezes.

Ao nos propormos a estudar seres humanos nos deparamos com indivíduos multidimensionais e complexos (MORIN, 2006a) e que compreende aspectos biológico, psíquico, social, afetivo e racional. Trazem consigo questões intrínsecas de cada indivíduo, como sua individualidade/coletividade, autonomia/dependência/ interdependência, que se coadunam com sua cultura, normas, proibições, regras, estratégias, valores, crenças, ideias e mitos, assim como também convivem com desregramentos, inerentes a uma sociedade que comporta as dimensões histórica, econômica, sociológica e religiosa.

No entanto, quando pomos em prática a realização do cuidado, por vezes, damos atenção apenas aos órgãos, patologias, sinais e sintomas clínicos e, destarte, a relação e interação entre as pessoas ficam prejudicadas (BAGGIO; CALLEGARO; ERDMANN, 2009).

Há ainda as tensões ocorridas entre os dois paradigmas: manicomial e psicossocial, que acaloram os discursões acerca do cuidado, este que por sua vez, vem sendo transformado e construído mediante as discursões (WETZEL et al., 2011). Sob a óptica do paradigma manicomial, o indivíduo era percebido unicamente como a “doença mental” e sob o estigma de que representava constante ameaçava a sociedade e risco à integridade própria assim como do grupo ao qual era pertencente. Por tanto, devendo ser excluído do convívio social, restando como única e exclusiva forma de tratamento a internação (ROTELLI, 1990). A luz da perspectiva do paradigma psicossocial o indivíduo é concebido como uma pessoa com transtorno mental o qual é pertencente a um grupo social, a uma família, comunidade e que são levadas em consideração as dimensões biopsicosocioculturais na atenção em saúde mental (COSTA-ROSA, 2000).

Por Biopsicosociocultural depreende-se, a partir de Morin (2000), como uma nova forma de perceber o ser humano, em sua complexidade e o que ela abrange: vida, linguagem, sociedade, aspectos culturais e sua interdependência com o mundo.

Com o surgimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, ocorre significativa mudança no cuidador, que deixa de ser relacionado com a internação e conseqüente exclusão dos indivíduos, passando a construir-se de práticas de cuidados voltados às pessoas com transtornos, valendo-se de serviços de



atendimento comunitário que amparem a vida concreta dos sujeitos (AMARANTE, 1996).

Por outro lado, a Reforma Psiquiátrica buscou, e ainda busca, instituir o papel da família como parte responsável no tratamento do portador de transtorno mental. Mas, ao mesmo tempo, temos que atentar para que a partir do momento em que conseguimos a família como parceira no tratamento, que esta seja responsável pela parte que lhe cabe, temos que cuidar para que não fique fadada ao instituído, esquecida, sem suporte e repetindo práticas já fixadas e que não deram certo. No nosso entender, consideramos a necessidade de que aconteçam processos em que haja muito mais força instituintes transitando no seio familiar, possibilitando que os familiares do doente saiam do lugar da queixa, que deixem de serem vítimas e carregadores de um fardo. Talvez essa força possa ser usada para promover um novo sentido para a vida, mais prazerosa do que o espaço da doença possa permitir. O desafio que cabe aos profissionais da saúde mental é estar apontando para essa direção. Como permitir que isso aconteça, com quais recursos, de qual forma é possível que o meio familiar seja “agradável” tanto para o portador de transtorno mental quanto para os familiares?

**Romagnoli (1996)** ainda acrescenta que:

*“A família, enquanto organização constitui-se num arsenal de regras e valores sociais, produzindo modelos de comportamento, mantendo normas sociais ditadas pelas instituições, integrando seus membros ao sistema social. Tem ainda como função “produzir” indivíduos adultos, criá-los, educá-los, para que se integrem à sociedade como mantenedores da ordem. Sua função oficial é operar como produtora de sujeitos “condicionados” e “adestrados” para agir de modo a conservar e reproduzir o estabelecido, se apresentando como uma entidade universal, imutável, natural e sagrada”* (Romagnoli, 1996, p.32).

Portanto, o vínculo genealógico persiste, por definição, enquanto sobrevivem as pessoas ligadas por essa relação, mesmo que não seja a relação mais harmônica. Por muitas vezes, esta relação é conflituosa e mantém-se arrastando por toda uma vida a instabilidade emocional. De certo modo, nomear um relacionamento parental traz consigo uma atribuição de estabilidade e força e é, baseada nesses pressupostos, a sociedade refere-se à “família como um porto seguro”. Mas é preciso salientar que a família consanguínea não precisa e não pode

ser tudo. Além de valorizá-la em excesso, as pessoas também apresentam uma forte tendência a idealizá-la, esperando encontrar em seu seio tudo aquilo de que necessita todo o apoio, o afeto inesgotável, a resposta para todos os males. Esse processo de idealização conduz à ilusão de pensar que a única solução para que se possa sustentar um paciente e inseri-lo na comunidade passa, necessariamente, pela família.

## **2. CLÍNICA OU CAPS?**

O processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil veio tentando superar a violência asilar bem como garantir direitos aos pacientes psiquiátricos, contrapondo-se ao modelo hospitalar vigente até então.

Durante o período de 1990 a 2003, observou-se o amadurecimento e a consolidação dos processos que compõem atualmente o cenário da reforma psiquiátrica brasileira. Nesses anos, financiaram-se ações em saúde mental, visando à criação de uma rede extra-hospitalar, composta pelos serviços substitutivos.

Após muitos debates e movimentos de luta contra a mercantilização da loucura, feitos por profissionais da saúde mental, associações de familiares, pacientes, etc. temos em 1987 o surgimento do primeiro CAPS no Brasil. A partir daí, juntamente com a intervenção da Secretaria de Saúde de Santos no hospital psiquiátrico “Casa de Saúde Anchieta”, começou-se a provar que era possível um novo modelo de intervenção e cuidados em rede para os pacientes de saúde mental.

Todas essas articulações culminaram na assinatura da lei federal Nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais em seis de abril de 2001.

O artigo três desta lei ressalta sobre a responsabilidade do Estado no desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, como a devida participação da família e da sociedade.

Nesse sentido os CAPS são considerados um local de referência e de tratamento as pessoas que sofrem com transtornos mentais graves e

persistentes em um lugar de atendimento intensivo, comunitário, personalizado e promotor de saúde (BRASIL, 2004).

Diante esta complexidade, os CAPS são classificados em: CAPS I, CAPS II e CAPS III (definidos por onde crescente de porte/complexidade e abrangência populacional), os quais cumprem a mesma função no atendimento à população. Além destes, há ainda, os CAPS infantil (CAPSi) e os CAPS álcool e drogas (CAPSad), os quais se destinam ao atendimento de crianças e adolescentes e de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. (BRASIL, portaria nº 336/GM, 19 de fevereiro de 2002).

O atendimento destes usuários está baseado em um projeto terapêutico singular e individualizado, ou seja, um planejamento do processo terapêutico em que o indivíduo e sua família estão envolvidos para a superação de suas dificuldades em razão a sua condição de saúde mental. Com isso será definido se o usuário terá atendimentos intensivos, ou seja, diários, semi-intensivo, aproximadamente três vezes por semana ou não intensivo, com periodicidade semanal de atendimento. (BRASIL, 2004).

O projeto terapêutico singular constitui-se em conjunto de propostas terapêuticas que são elaboradas para um sujeito, uma família ou um grupo no intuito de abarcar suas características e especificações, que serão elencadas em discussão coletiva do caso em tela e dos vários olhares e saberes sobre a situação, incluindo o do próprio sujeito.

Para tanto, é requerido para o êxito do projeto terapêutico singular, que seja buscado entender a situação do ponto de vista do paciente e de cada membro da equipe, que seja realizado levantamento das propostas assim como discuti-las com o paciente afim de que este participe ativamente dada sua importância na construção do projeto e que seja levando em conta, a divisão criteriosa das tarefas e responsabilidades haja vista os vários profissionais envolvidos em sua elaboração. Faz-se de suma importância ressaltar o caráter avaliativo de todo o projeto e suas propostas, visando sua flexibilidade, tendo em vista as transformações as quais o indivíduo está sujeito em sua vida.

É necessário apontar que está previsto na legislação que cada tipo de CAPS possua equipes mínimas diferenciadas, de acordo com a especificidade da demanda. Sendo orientado pelo ministério da Saúde (BRASIL, 2004) que as equipes sejam compostas por 9 profissionais em CAPS I, 12 profissionais no CAPS II, 11

profissionais no CAPS i e 12 profissionais no CAPS ad. Porém, essas equipes possuem características semelhantes, por exemplo, todos os CAPS têm que ter pelo menos um médico psiquiatra e um enfermeiro, preferencialmente com formação em saúde mental, sendo acompanhados por profissionais de nível superior e técnico.

As pessoas que podem ser atendidas no CAPS são aquelas que apresentam grave sofrimento psíquico, que lhes impossibilita de gerir seus projetos de vida. São, preferencialmente, pessoas com intenso comprometimento mental, incluindo os transtornos relacionados ao uso abusivo de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes acometidas por transtornos mentais.

Sendo assim, pode-se concluir que os CAPS se apresentam como uma alternativa eficaz e viável para o tratamento em saúde mental.

### **3. RELAÇÃO DA FAMÍLIA COM O TRATAMENTO**

Ao relaciona-se o âmbito familiar com o cuidado em saúde mental, é enfatizado por Beltrame e Bottoli (2010), de forma bastante contundente a questão da família moderna, a cerca de sua constituição por intermédio do progresso da vida privada, destarte, assume a família um espaço bem mais notório na construção do indivíduo, que em comparação ao papel desempenhado pela sociedade. Conforme é corroborado por Rosa (2003) que coloca como historicamente construída a relação da família com o portador de transtorno mental ao passo que ao longo da história observou-se a hipossuficiência da instituição familiar no cuidar com o portador de transtorno mental.

O apoio familiar é muito importante, sendo mais ainda durante o tratamento, porém esse papel no trato com o doente não é fácil, por isso a família demonstra certa resistência quando não é bem orientada. São vários os sentimentos que ela pode apresentar diante dessa situação, tais como culpa preconceito e incapacidade. Além do preconceito que sofrem na sociedade, eles também são submetidos aos da família, que se sente envergonhada pelo simples fato de não ter conseguido formar um indivíduo “saudável” e preparado para cumprir com suas “obrigações sociais”. É importante ressaltar que as famílias estão expostas às sobrecargas emocionais, e mesmo com a Reforma Psiquiátrica, pois elas são alvos

de preconceitos e discriminação. A própria carência de suportes institucionais não permite que as famílias sejam suficientemente amparadas para o enfrentamento do problema, pois estas também caem em sofrimento. Infelizmente, em nossos tempos, os parentes que cuidam de uma pessoa adoecida ainda são desrespeitados, não são devidamente escutados, são responsabilizados e julgados por eventuais danos sem provas ou justificativas. O familiar costuma aprofundar seu conhecimento pesquisando de eventuais erros do passado, buscando incessantemente explicações e sentidos que possam amenizar seu sofrimento. É muito difícil para os familiares escaparem dos efeitos aterradores da percepção negativa estigmatizante relacionada à doença mental, pois ela corrói a autoestima e a autoconfiança das pessoas envolvidas, roubando uma parcela importante de suas potencialidades e das oportunidades de suas vidas. E até mesmo altera as relações entre os membros da família, os quais acreditam que o familiar doente possui privilégio.

### 3.1 DESAFIO DOS FAMILIARES NO COTIDIANO

A sobrecarga familiar tem notória relevância na abrangência do cotidiano da família na relação com o familiar portador de transtorno mental, é de suma importância os profissionais levarem em consideração a representatividade e os encargos atrelados à situação supracitada sob a óptica da família (PEREIRA, 2002). Segundo os estudos de Melman (2008), nos últimos anos, foi desenvolvido o conceito de sobrecarga familiar para referir-se a onerosidade financeira para a família, a questões físicas e emocionais as quais estão submetidos e o quanto a convivência com um familiar que carece de tais cuidados representa revertendo o ônus gerado em peso material, subjetivo, organizativo e social.

Tais estudos são corroborados por **Koga (1997)** a cerca dos problemas enfrentados pela família na convivência com o doente mental, impostas pela sobrecarga às famílias: financeira, física e emocional, identificando ainda alterações nas atividades de lazer e sociabilidade.

**Zanus (1993)** identificou e classificou os encargos familiares em objetivos e subjetivos. Os encargos objetivos incluem tempo utilizado para a assistência, redução das relações sociais e do tempo livre, dificuldade econômica, dificuldade quanto ao trabalho. Quanto aos encargos subjetivos, o desenvolvimento de sintomas de ansiedade, efeitos psicossomáticos, sentimento de culpa, de vergonha, de desorientação quanto às informações sobre os distúrbios mentais e isolamento social. As dificuldades enfrentadas pelas famílias na relação com a realidade do transtorno mental são permeadas pelo descompasso temporal (paciente-família-sociedade), sentimentos de culpa (a família não entende onde errou como não percebeu antes os sintomas), de perda, pela dificuldade de comunicação e interação e pelos conflitos familiares. A não remissão dos sintomas, os fracassos sociais e o comportamento anormal do portador de transtorno mental contribuem para o surgimento de tensões no núcleo familiar e isso altera sua rotina. O transtorno mental é vivenciado de forma desigual pelos integrantes da família, cada um elabora esse processo de forma diferente. Ele representa para a família, de modo geral, o colapso dos esforços, o atestado da incapacidade de cuidar adequadamente do outro, o fracasso de um projeto de vida, o desperdício de muitos anos de investimento e dedicação.

#### 4. CONCLUSÃO

Diante do que foi exposto acima, pode-se observar que o cuidado ao familiar portador de transtorno mental vem sendo atribuído em sua grande maioria pelas mulheres da família, geralmente a figura materna, e não foi percebida a participação da figura paterna no cuidado com o indivíduo doente, sendo assim a mulher aparece como a principal cuidadora.

“Conforme Rosa há uma feminização” do encargo de assistir ao portador de transtorno mental (ROSA, 2003, p.240), deixando claro que o provimento de cuidado para familiares é uma questão de gênero historicamente produzida e mantida pela sociedade que vê na mulher uma cuidadora por excelência, tanto para familiares adoecidos ou não”.

Com base nas pesquisas dos autores (**ESTEVAM et.al., 2011**), foi percebido que a faixa etária destas mulheres que exercem a função de cuidar do doente está concentrada na faixa adulta e idosa, mais precisamente entre 48 e 74 anos. Notou-se também que essas mulheres que exercem a função de cuidadoras é quem deveriam estar na posição de membro cuidado, pelo fato de muitas também serem doentes.

“O adoecimento mental de um filho abala, frequentemente de forma intensa, a autoestima 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). ”

Ainda com base nas pesquisas (**ESTEVAM, et. AL, 2011**) observou-se que muitas dessas cuidadoras se queixam da sobrecarga física e emocional de ter que lidar com um paciente desinstitucionalizado, pois com a chegada desse doente em casa, a rotina dessas cuidadoras acaba sendo afetada, de tal maneira que elas precisam se dedicar exclusivamente a esse familiar, o que acomete muitos danos emocionais se elas não tiverem o apoio profissional para lidar com essa situação.

## REFERÊNCIAS

**Artigo: A família e o cuidado em saúde mental. Autores: Gisele Santin, Teresinha Eduardes Klafke Barbaroi no. 34 Santa Cruz do sul, junho. 2011**

**Artigo: O centro de atenção psicossocial (CAPS): Estruturação, interdisciplinaridade e intersectoralidade. Autores: Bruna Molina Leal; Clarissa de Antoni. Editora: Aletheia no. 40 Canoas abril 2013**

**MORIN, E. Introdução ao pensamento complexo. Porto Alegre: Sulina, 2006a.**

**BAGGIO, M. A.; CALLEGAROI, G. Dom; ERDMANNI, A. L. Compreendendo as dimensões de cuidado em uma unidade de emergência hospitalar. Revista Brasileira Enfermagem, Brasília, v. 62, n. 3, p. 381-6, maio/jun. 2009.**

**WETZEL, C. ET al. Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. Ciência e Saúde Coletiva, v. 16, n. 4, p. 2133-43, 2011.**

**ROTELLI, F. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In: ROTELLI, F. et al Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990. P. 17-59.**

**COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.) Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000, p. 141-168.**

**MORIN. Os sete saberes necessários à educação do futuro. São Paulo: Cortez ; Brasília: UNESCO, 2000.**



AMARANTE, P. D. C. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

BELTRAME, Greyce Rocha; BOTTOLI, Cristiane. Retratos do envolvimento paterno na atualidade. *Barbarói*. Santa Cruz do Sul, n. 32, p.205-226, jan./jul., 2010.

Disponível em:

<[http://online.unisc.br/seer/index.](http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/viewFile/1380/1091)

[php/barbaroi/article/viewFile/1380/1091](http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/viewFile/1380/1091)> Acesso em: 10 novembro de 2018.

ROSA, Lúcia. *Transtorno Mental e o cuidado na família*. São Paulo: Cortez, 2003.

PEREIRA, Ivana Carla Garcia. Do ajustamento à invenção da cidadania: serviço social, saúde mental e intervenção na família no Brasil. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). *Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. 2. ed. São Paulo: Cortez, p. 217-262, 2002.

MELMAN, Jonas. *Família e Doença Mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. 3. Ed. São Paulo: Escrituras, 2008.

MELLO, José Hélio. *Esquizofrenia e sobrecarga do cuidador*. Introdução de tese de doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1997.

PEREIRA, Ivana Carla Garcia. Do ajustamento à invenção da cidadania: serviço social, saúde mental e intervenção na família no Brasil. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

PEREIRA, Ivana Carla Garcia. Do ajustamento à invenção da cidadania: serviço social, saúde.

**Mental e intervenção na família no Brasil. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). *Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. 2. ed. São Paulo: Cortez, p. 217-262, 2002.**