

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

ANA LICE AZEVEDO MARTINS
SILVIA MARIA AGUIAR SOUSA JANSEN

FAMÍLIA VERSUS TRANSTORNOS MENTAIS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

São Luís

2009

**ANA LICE AZEVEDO MARTINS
SILVIA MARIA AGUIAR SOUSA JANSEN**

FAMÍLIA VERSUS TRANSTORNOS MENTAIS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Mental do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental.

Orientadora: Prof^ª. Mestre Janete Valois Ferreira Serra.

São Luís

2009

Martins, Ana Lice Azevedo.

Família *versus* transtornos mentais: uma revisão de literatura. Ana Lice Azevedo Martins; Sílvia Maria Aguiar Sousa Jansen. - São Luís, 2009.

00f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Saúde Mental) – Curso de Especialização em Saúde Mental, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2009.

1. Família. 2. Transtorno mental. 3. Revisão de literatura. Título.

CDU 613.86

ANA LICE AZEVEDO MARTINS
SILVIA MARIA AGUIAR SOUSA JANSEN

FAMÍLIA VERSUS TRANSTORNOS MENTAIS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Mental do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Janete Valois Ferreira Serra (Orientadora).

Mestre em Psicologia Social

Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

Prof^ª. Arlete Penha Cutrim

Pós-Graduada em Extensão Universitária

Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Pós-Graduada em Saúde Mental IPUB

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

AGRADECIMENTOS

A Deus, eternos agradecimentos.

Aos meus pais, Maria Alice e Francisco Pereira (*in memorian*), que me deram a vida e educação.

A minha mãe Elcir Moura (*in memorian*) que me deu amor, carinho e compreensão.

A Nicomedes, esposo e amigo em todos os momentos difíceis dessa longa caminhada.

Aos meus filhos, a quem tanto amo e sempre acreditemos em minha vitória.

Às minhas irmãs que sempre torceram por mim.

À minha orientadora, professora Janete Valois ferreira Serra, que me direcionou para a realização deste trabalho.

À LABORO – Excelência em Pós-Graduação, por possibilitar meu crescimento profissional e pessoal.

À todos os professores, que contribuíram para esta minha vitória.

Silvia Maria Aguiar Sousa Jansen

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado forças, os meus eternos agradecimentos.

Aos meus pais Divaldo Silva Martins e Esther Azevedo Martins, que me deram a vida, educação e incentivo para realização deste trabalho.

A minha irmã Ana Caroline Azevedo Martins, que contribuiu para a conclusão deste trabalho.

Aos meus amigos, em especial Silvia Maria Aguiar Sousa Jansen, minha companheira de monografia e acima de tudo minha amiga de todas as horas, por ter me dado coragem e incentivo ao longo desta caminhada.

Enfim a todos, que direta ou indiretamente contribuíram para minha vitória.

Ana Lize Azevedo Martins

*“Quando quiseres medir as tuas vantagens,
visitas um hospital com a necessária
atenção”.*

Emmanuel

RESUMO

O estudo mostra as relações das famílias com seus membros acometidos de transtornos mentais, destacando seu conceito e sua evolução histórica, voltada para as internações em hospitais psiquiátricos, além das principais características da síndrome, a saber, os sintomas, a tipologia, o diagnóstico e o tratamento. Analisa a família e a sua função no contexto histórico da sociedade, observando-a como co-participante no processo de reabilitação do paciente portador de transtorno mental. Discorre sobre a desinstitucionalização, originada no contexto da reforma psiquiátrica, como facilitadora no tratamento do paciente vítima de transtorno mental. Aborda sobre a intervenção familiar como forma de tratamento que pode ser aplicada, juntamente com a farmacologia, prevenindo ou reduzindo recaídas. Destaca o importante papel da família no procedimento de reabilitação do paciente com transtorno mental, sendo sua intervenção familiar considerada necessária para propiciar melhor qualidade de vida do paciente.

Palavras-chave: Família. Transtorno Mental.

ABSTRACT

The study shows the relationships of families with members suffering from mental disorders, focusing on its concept and its historical evolution, focusing on admissions to psychiatric hospitals, and the main features of the syndrome, namely, symptoms, types, diagnosis and treatment. It analyzes the family and its role in the historical context of society, watching her as co-participant in the process of rehabilitation of patients with mental disorders. Discusses the institutionalization, originated in the context of psychiatric reform, as a facilitator in the treatment of patients who suffer a mental disorder. Addresses on the family intervention as a treatment that can be applied, together with the pharmacology, preventing or reducing relapse. Emphasizes the important role of family in the procedure of rehabilitation of patients with mental disorders, and their family intervention as necessary to provide better quality of life of the patient.

Keywords: Family. Mental Disorder.

LISTA DE SIGLAS

APA	- <i>American Psychiatric Association</i>
CAIS-Mental	- Centro de Atenção Integral à Saúde Mental
CAPS	- Centro de Atenção Psicossocial
CERSAM	- Centro de Referência em Saúde Mental
CAPS	- Centro de Atenção Psicossocial
CERSAM	- Centro de Referência em Saúde Mental
CID-10	- Classificação Internacional de Doenças
EE	- Emoção Expressa
NAPS	- Núcleo de Atenção Psicossocial
ONU	- Organização das Nações Unidas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	OBJETIVO.....	12
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	12
3.1	Transtorno Mental.....	12
3.2	A Família.....	14
3.3	Desinstitucionalização.....	19
3.4	Intervenções Familiares.....	22
4	METODOLOGIA.....	25
4.1	Revisão da Literatura.....	25
5	RESULTADO E DISCUSSÃO.....	26
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
	REFERÊNCIAS.....	32

1 INTRODUÇÃO

Transtornos mentais são alterações do funcionamento da mente que prejudicam o desempenho da pessoa na vida familiar, na vida social, na vida pessoal, no trabalho, nos estudos, na compreensão de si e dos outros, na possibilidade de ter prazer na vida em geral.

O termo transtorno é reservado para designar agrupamentos de sinais e sintomas associados a alterações de funcionamento sem origem conhecida, que em geral resultam da soma de muitos fatores, tais como: alterações no funcionamento do cérebro, fatores genéticos, fatores da própria personalidade do indivíduo, condições de educação, ação de um grande número de estresses, agressões de ordem física e psicológica, perdas, decepções, frustrações, sofrimento físicos e psíquicos que perturbam o equilíbrio emocional do indivíduo (AMARAL, 2009).

Para o referido autor, os transtornos mentais não têm uma causa precisa, específica, mas são desencadeados pela combinação de fatores biológicos, psicológicos e sócio-culturais.

A doença mental tem elevada prevalência na população de um modo geral, acometendo tanto crianças como jovem e adultos, homens e mulheres, negros e brancos, pobres e ricos (OLIVEIRA; LOYOLA, 2004).

A partir da experiência profissional foi observado determinado impacto não somente sobre as histórias de vida dos acometidos, mas também sobre as respectivas famílias e a sociedade em geral. As famílias de pacientes com transtornos mentais tornam-se fragilizadas, incapazes, desnorteadas, e suas relações internas e externas ficam totalmente comprometidas, pela falta de compreensão e conhecimento sobre a doença e de como lidar com esta problemática, gerando assim, um elevado nível de angústia e ansiedade no ambiente em que vivem.

Na sociedade brasileira predomina uma visão preconceituosa em relação ao fenômeno da doença mental, o que acaba resultando em exclusão efetiva, social econômica de um grande número de pessoas. A família arca com as despesas financeiras geradas pela presença do portador de transtorno mental, a mesma também arca com dispêndio de tempo dedicado ao seu ente e com o estigma do transtorno mental (WITIUK; SILVA, 2003 apud FRAZÃO; LIMA, 2008).

Segundo o mesmo autor, dinheiro, tempo e energias perdidas são apenas alguns custos que os familiares enfrentam e que significam oportunidades de emprego perdidos,

redução de lazer e descanso, gerando um estresse psicológico, social e conseqüentemente aparecimento de doenças nos cuidadores. Com todos esses fatores estressores ao seu redor é inevitável o sentimento de sobrecarga sentido por essas famílias.

O cuidado em saúde mental, nos últimos anos, vem sofrendo algumas alterações em virtude da mudança de paradigma – da institucionalização para o da desinstitucionalização – ocorrida a partir de 1960 em outros países e em 1980 no Brasil. Por isso, cuidar, nesse paradigma, envolve reformulação de conceitos e repensar velhas atitudes e pensamentos que geralmente segregavam e excluíaam o portador de transtorno mental e sua família (WAIDMAN; ELSSEN, 2005).

Para abordar de modo satisfatório a questão dos encargos da família do portador de transtorno mental é necessário que se adote uma perspectiva histórica. A partir da década de 40 e 50 do século passado, acentuando-se mais na década de 60, pesquisas de estudiosos na Europa e Estados Unidos voltaram olhares para a família e efetuaram estudos que buscavam compreender como as relações familiares estariam diretamente ligadas ao surgimento dos transtornos mentais. O término da segunda guerra mundial trouxe inúmeras transformações da sociedade e estas se refletiram também na assistência psiquiátrica, havendo grande interesse pelos aspectos sociais e familiares. Com os movimentos mundialmente conhecidos de análise e crítica anti-institucional em países ocidentais, surgiram modelos de intervenção que visavam reduzir ou eliminar a utilização dos hospitais psiquiátricos trazendo, entre outras conseqüências, a família para o cenário da assistência (PEREIRA; PEREIRA JR, 2003).

Macedo apud Waidman (1999) lembra que por muito tempo os profissionais de saúde mental tinham a família como produtora de doença mental e não como aliada para recuperar o doente institucionalizado.

A primeira reforma na assistência psiquiátrica foi resultante do ideário da revolução francesa, onde a família também passou por transformações, sendo proposto o modelo nuclear, composto de pai, mãe e filhos, correspondendo aos ideais da burguesia. Porém, no caso do doente mental, este ficaria aos cuidados do asilo, buscando-se reproduzir em um espaço fictício o modelo de família, onde o tratamento era fundamentado na "reeducação" moral e em normas de "bons costumes" (MORENO; ALENCASTRE, 2003).

Assim, a família foi banida do acompanhamento ao doente mental, cabendo apenas ao asilo e ao poder médico "curar" aqueles que apresentavam qualquer tipo de comportamento inadequado (MORENO; ALENCASTRE, 2003).

Atualmente, o direito de visitas periódicas e de envio e de recebimento de correspondência estão garantidos através da declaração da Organização das Nações Unidas

(ONU) sobre “A proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e melhoria da assistência à saúde mental”, (MORENO;ALENCASTE,2003).

Nesse contexto, a relevância de se estudar o papel da família no tratamento do doente mental decorreu das observações realizadas durante as visitas supervisionadas em hospital psiquiátrico e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), empreendidas ao longo do 5º período do curso de Terapia Ocupacional, quando foi observada a total falta de envolvimento das famílias no processo terapêutico.

Pretende-se, então, trazer para discussão no meio profissional, a efetiva necessidade de inclusão do grupo familiar no processo de restituir a saúde ao doente mental, visto que, em última análise, é a família quem possui o maior conhecimento das reais necessidades do doente.

2 OBJETIVO

Estudar as relações das famílias com seus membros acometidos de transtornos mentais a partir de publicações científicas a cerca do tema.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Transtorno Mental

Popularmente há uma tendência em se julgar a sanidade da pessoa, de acordo com seu comportamento, com sua adequação as conveniências sócio-culturais como, por exemplo, a obediência aos familiares, o sucesso no sistema de produção a postura sexual etc. O transtorno mental pode ser entendido como uma variação mórbida do normal, variação esta capaz de produzir prejuízo no desempenho global da pessoa (social, ocupacional, familiar e pessoal) e/ou das pessoas com quem convive (FICHTNER,1997).

A doença mental permanece até hoje obscura perante a medicina, ou seja, não há uma causa que realmente explique esta doença tão estigmatizante. No entanto, o adoecer psíquico é facilmente percebido, pois em geral, são apresentados pelos indivíduos que

adoecem, comportamentos fora daqueles normalmente aceitos pela sociedade. Assim, não sendo entendida pela comunidade como uma doença de causa já bem conhecida, tem sua definição pela determinação cultural e de valores, e não apenas por fatores biológicos. Existe, assim, o paradigma da exclusão social que se resume em isolamento dos doentes que não são aceitos dentro dos padrões habituais (SPADINI; SOUZA, 2004).

Sabe-se que a doença mental, explicada por causas biológicas, psicológicas e sociais, necessita de assistência adequada, com a finalidade de ressocialização do doente e de apoio adequado para este e para a família. A ressocialização ainda é difícil, pois a doença mental em alguns casos, ainda é vista como transgressões de normas sociais que, considerada uma desordem, não é tolerada e, portanto, segregada (SPADINI; SOUZA, 2004).

Segundo Nunes, Bueno e Nardi (2001), os transtornos mentais são divididos em: Transtornos Mentais Devido a Condição Médica Geral e Transtornos Mentais pelo Uso de Substâncias Psicoativas.

➤ Transtornos Mentais Devido a Condição Médica Geral pertencem a três grupos principais: 1) os quadros de delirium; 2) as demências; 3) os transtornos amnésicos.

➤ Transtornos Mentais pelo Uso de Substâncias Psicoativas definem o padrão de comportamento mal adaptado relacionado à busca, à ingestão e ao abuso destas substâncias. A 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) divide esses transtornos em: Intoxicação Aguda; Uso Nocivo; Síndrome de Dependência, Estado de Abstinência; Transtorno Psicótico e Síndrome Amnésica (NUNES, 2001).

Segundo Bueno e Nardi (2000), consideremos como substâncias psicoativas ou drogas aquelas de uso lícito (“social, médico”) ou ilícito (“proibidos”) que podem induzir intoxicações, abuso, tolerância, dependência e síndromes psicopatológicas e/ou comportamentais.

Os transtornos mentais orgânicos vêm sendo descritos na medicina ocidental desde os tempos de Hipócrates, que introduziu os termos *phrente* e *delirium* para descrever transtornos mentais associados a doenças físicas geralmente acompanhadas de febre (ALMEIDA; DIATEN; LARANJEIRA, 1996).

Nas últimas décadas, têm ocorrido mudanças significativas no atendimento aos usuários dos serviços públicos de saúde mental no Brasil, impulsionadas pelo movimento da reforma psiquiátrica, que se deu através de denúncias de maus tratos e violência aos doentes, falta de recursos e condições de trabalho.

Tais mudanças, segundo Elsen e Waidman (2004), deram-se em virtude da alteração de paradigma da institucionalização ocorrida a partir de 1960 em outros países, e em

1980 no Brasil. Por isso, o ato de cuidar, nesse paradigma, envolve reformulação de conceitos e repensar velhas atitudes e pensamentos que geralmente segregavam e excluíaam o portador de transtorno mental e sua família.

Nestes termos, deve-se tentar embutir na sociedade uma nova concepção, de modo que a mesma não mais hostilize o indivíduo acometido pelo transtorno mental, o qual passa a sofrer preconceitos e perdendo assim sua cidadania, onde a pessoa considerada anormal é abandonada à sua própria sorte, para morrer de fome ou por ataque de animais, conforme afirmam Souza; Spadini (2004).

Antigamente, muitas explicações sobrenaturais eram dadas para a doença mental, onde os doentes, tratados com métodos mágico-religiosos, eram exorcizados e queimados. Com o passar dos anos outras explicações foram surgindo. No século XVIII Pinel trouxe um entendimento novo sobre o adoecimento mental, que passou a ser considerado como distúrbio do sistema nervoso, e exatamente no século XIX a loucura recebeu status da doença mental (SPADINI; SOUZA, 2004).

3.2 A família

Segundo Fichtner (1997), as transformações sócio-culturais e suas conseqüências na organização da comunidade, da família e da escola, têm mobilizado, em toda a sociedade, uma inquietação em relação a que “futuros possíveis” caminha a humanidade. Essa inquietação impõe um questionamento em relação às formas de intervenções psicossociais que podem e poderão ser eficazes para estabelecer diretrizes e metas junto a programas de Saúde Mental.

Conforme a APA (2000), as intervenções psicossociais podem ser individuais, familiares e de grupo e todas têm o objetivo de melhorar o curso do transtorno mental quando integradas com tratamento psicofarmacológicos; oferecer benefícios adicionais para os pacientes em áreas como a prevenção de recaídas; melhorar as habilidades sociais, o funcionamento social e ocupacional e a capacidade de agir com mais independência.

Para Louzã Neto; Shirakawa (1996), as abordagens psicossociais podem ser feitas através de: psicoterapia; acompanhamento terapêutico; Terapia Ocupacional; e grupo operativo e orientação familiar. Cada uma tem sua indicação, dependendo da avaliação, do diagnóstico e do objetivo a ser alcançado (ZANINI, 2006).

Segundo Oliveira; Loyola (2006), a família, cujo termo deriva do latim *familias*, significa um grupo composto por um chefe ou senhor, seus servos e dependentes.

Normalmente o primeiro grupo social a que pertencemos, e entre todas as instituições sociais “é aquela com a qual mantemos contatos mais íntimos” (DELLA TORRE, 1989, p. 188).

Portanto, segundo a mesma autora, é nela que o indivíduo vive os acontecimentos mais significativos de sua vida, como o nascimento, o casamento e morte. Daí a extrema influência que ela exerce no desenvolvimento do indivíduo.

Pelas suas funções, a família é considerada de suma importância, não se tratando apenas de um grupo biológico, pois é regida por normas, costumes e leis que regulam sua formação, sua sobrevivência e sua dissolução (DELLA TORRE, 1989).

A Família desempenha várias funções em relação aos seus membros. Contudo, observa-se que a principal é a função de proteção, como bem se percebe na afirmativa de Serra (1999 apud WIKIPÉDIA, 2006, p. 4), que revela “a família tem como função primordial a de proteção, tendo, sobretudo, potencialidades para dar apoio emocional para a resolução de problemas e conflitos, podendo formar uma barreira defensiva contra agressões externas”.

Nesse mesmo sentido, Fallon (apud WIKIPÉDIA, 2006, p. 4) reforça ainda que “a família ajuda a manter a saúde física e mental do indivíduo, por constituir o maior recurso natural para lidar com situações potencializadoras de *stress* associadas à vida na comunidade”.

Talvez por isso, é que muitos estudiosos, como se verá mais adiante, afirmavam que, quando a família não cumpre bem essa função protetora, passa a ser a causadora da doença mental em um de seus membros.

Um outro papel que a família desempenha é o da afetividade, também de suma importância para o desenvolvimento emocional do indivíduo. Para Mchaffie (1999 apud WIKIPÉDIA, 2006, p. 4), esse alimento afetivo é tão imprescindível quanto os nutrientes orgânicos, pois “sem o afeto de um adulto, o ser humano, enquanto criança, não desenvolve a sua capacidade de confiar e de se relacionar com os outros”.

A família, como visto, é o primeiro grupo do qual o indivíduo participa e onde lhe são passados os costumes e os valores que servirão de alicerce para seu convívio social (GOBBO, 2004). Mas nem sempre foi assim, isso por que a família, como é vista hoje, estruturada no afeto e na inter-relação entre seus membros na intimidade de seus lares, é uma situação relativamente nova na história do homem ocidental (MELMAN, 2001 apud GOBBO, 2004).

Muitos autores, nesse contexto, procuram explicar a evolução da família ao longo do tempo. Della Torre (1989) cita algumas dessas teorias, dentre elas, a Teoria Evolucionista de Spencer, que afirma que houve a princípio uma promiscuidade coletiva, em que os homens

desconheciam a instituição família e as uniões eram momentâneas, obedecendo ao instinto de reprodução. Aborda, ainda, a Teoria de Durkheim, que afirma que a família existiu desde o início da humanidade, mas em um sentido diverso do que se tem hoje, pois o núcleo familiar era baseado em uma crença comum, sentimento comum e não numa ligação sanguínea. Há também, a Teoria de Sumner e Kelly, os quais sustentam que o pequeno bando, geralmente organizado com base no parentesco sanguíneo, foi o primeiro grupo da sociedade.

Outros estudiosos acham que é preciso remontar à Idade Média para entender a forma de organização do núcleo familiar e suas experiências ao longo do tempo (GOBBO, 2004).

Nessa linha de pensamento, Melman (2001, apud GOBBO, 2004) afirma que nas habitações da família medieval, não havia privacidade nem meios para sua formação, isso porque os agrupamentos se davam entre as pessoas da mesma família, serviçais e agregados. As casas, rurais ou urbanas, eram enormes, e nelas os amigos, os clientes, os religiosos e os visitantes tinham livre acesso. Assim, nesses casarões, no mesmo ambiente onde as pessoas se alimentavam, também dormiam, namoravam, dançavam, trabalhavam e recebiam visitas. Não existiam, portanto, distinções entre vida profissional, privada ou social.

Para Colvero (2002, p. 15), “ao longo da história da humanidade, a família vem passando por transformações que correspondem às mudanças da sociedade”. Por sua vez, Oliveira; Loyola (2006, p. 2) afirmam que o século passado foi marcado pela transição dos valores familiares, deixando para trás o modelo que se traz em mente sempre que se fala de família: uma casa com quintal, pai, mãe e filhos vivendo juntos. Essa visão é correspondente ao ideal da família nuclear burguesa. A sociedade viveu algum tempo tentando alcançar o padrão desse modelo familiar e, à medida que as famílias se afastavam dessa proposta, passaram a ser chamadas e avaliadas como “desestruturadas” ou incompletas. Desse modo, também o conceito de família tem sofrido inúmeras mudanças no decorrer do tempo, devido às transformações sócio-culturais e tecnológicas.

Para Oliveira; Loyola (2006, p. 2), “família são as pessoas aparentadas que vivem, em geral, na mesma casa, particularmente o pai, a mãe e os filhos. São pessoas unidas por laços de parentesco, pelo sangue ou por aliança”. Nesse tipo de família se desenvolvem três tipos de relações pessoais: a) aliança – caracterizada pelo casal; b) filiação – caracterizada pelos pais e filhos; c) consangüinidade – caracterizada pelos irmãos. A família tem como objetivo a preservação da espécie, a nutrição e a proteção de descendência, fornecendo condições para a aquisição de identidades pessoais.

Oliveira; Loyola (2006) mostram que a família pode ser nuclear, composta de pai, mãe e filhos, extensa ou ramificada, quando diferentes gerações estão incluídas. Considera também como família, as pessoas com as quais mantêm laços afetivos, que podem apresentar ou não laços de consangüinidade. Um outro tipo de família é aquela composta apenas por amigos íntimos, com os quais não se tem nenhuma consangüinidade.

Talvez daí a razão pela qual Oliveira (2007) afirmar que as mudanças ocorridas no passar dos séculos provam que a família, como instituição alicerçada nos laços de sangue e na relação harmônica entre pais e filhos, não se sustenta mais, uma vez que existem, atualmente, distintas formas de se construir um núcleo familiar. Como exemplo tem-se a família de pais separados e sozinhos, de pais separados e com outros(as) companheiros(as) e de casais homossexuais.

No dizer de Lima, Silva; Silva (2005, p. 40), “a sociedade interioriza um modelo ideal de família, porém, a realidade apresenta situações diferentes a partir das quais são identificados ‘desvios’ ou formas de ‘desorganização familiar’”.

Nesse mesmo sentido, Oliveira; Loyola (2006, p. 3) afirmam que “diante dessas considerações sobre a família, não se pode negar que ela tem um papel singular na construção e na vida do sujeito”. Interfere no processo de saúde-doença de seus membros, individual e coletivamente. Organiza-se, desorganiza-se e se reorganiza continuamente. “Ela é capaz de cuidar e de descuidar de seus membros”.

Segundo Fichtner (1997), o método descritivo é o mais adequado para uma classificação que não seja baseada em diagnóstico, mas que adote como quadro de referência as relações da família com o mundo exterior, a estrutura interna do núcleo com os papéis presentes, as relações de poder e os conflitos em dois níveis distintos (geral e de casal) e, finalmente, as modalidades de comunicação.

A individuação de um tipo de família pode ter valor para prever o êxito de uma psicoterapia de grupo e para compreender melhor o papel daquele que é designado como “paciente”. Fichtner (1997), nesse sentido, classifica tipologicamente as famílias em:

a) Família Inibida - A característica desta família é a inibição do comportamento de cada um de seus membros, de modo que as ocasiões para um diálogo tornam-se cada vez mais raras, e todos os membros aderem passivamente ao conformismo social. São frequentes, em família deste tipo, os neuróticos do tipo psicossomático. Do ponto vista psicoterápico, encontramos neste tipo de família extraordinárias dificuldades para abordagem, ao mesmo tempo que o contato individual revela-se como o mais útil.

b) Família Isolada – As famílias deste tipo tendem a isolar-se voluntariamente do mundo exterior, que é encarado com desconfiança e até com medo. O mundo restringe-se ao âmbito familiar, que representa como que uma fortaleza, atrás de cujas muralhas transcorre toda a experiência existencial. Toda e qualquer saída da fortaleza é evitada ou impedida, por receio de que isso acarrete uma desagregação familiar. Existe uma coesão do núcleo o qual ver a intervenção do psicoterapeuta com hostilidade, assim como serão considerados intrusos todos aqueles que forem ao grupo.

c) Família Hipervalorizadora – Nesta variedade predomina um exagerado apreço seja do grupo familiar, seja de um ou de todos os seus filhos. O simples fato de pertencer à família já constitui motivo para um comportamento ambivalente em relação ao contexto social, que é simultaneamente desvalorizado e exaltado para se obter consenso e aplauso. Com frequência, um dos genitores é exaltado enquanto o outro é criticado pelos filhos, que, por sua vez, supergratificados pelos próprios pais, encontram dificuldade em afirmar supremacia no contexto social.

d) Família Explosiva – A presença de um filho agressivo envolve todo o grupo, que pode ou rechaçar o desviante para libertar-se da ansiedade causada por ter motivado agressividade, ou então identificar-se com ele e tornar-se, por sua vez, contestador, agressivo, anticomunitário.

e) Família com Cordão Umbilical Intacto – São famílias (frequentemente do tipo patriarcal) em que a longevidade de um dos seus cônjuges e a conservação do poder mantém uma espécie de cordão umbilical, que pode abranger até três gerações. Estabelece-se uma relação de dependência, que impede um amadurecimento social e pode levar a agressão de alguns membros da família a um estágio infantil. São frequentes as neuroses de conversão ou o comportamento de retirada, que se aproxima da perda do impulso vital.

f) Família Anômica – Em famílias desse tipo, escassamente estruturadas, observa-se uma dispersão dos membros pela ausência de normas sociais, que geralmente regem a vida de todas as famílias.

A falta de respeito às normas sociais acarreta uma ausência de coesão e uma alteração das relações interpessoais. Nestas famílias anômicas encontra-se com frequência um membro psicótico ou delinqüente, cujo comportamento envolve toda a família (CAMPAILLA, 1982).

Então, de acordo com essas considerações, seria pertinente questionar: a família é a causadora da doença mental? De acordo com Esperidião (2001) há uma corrente dominante

que acredita no papel da família na determinação do surgimento de doente mental em um de seus membros, tornando-o “bode expiatório” sobre o qual são jogados todos os problemas.

Esperidião (2006) lembra que, por muito tempo, os profissionais de saúde mental tinham a família como produtora de doença mental e não como aliada para recuperar o doente institucionalizado.

Entretanto, segundo Durão; Souza (2006, p. 4) a “família não é considerada responsável pela ocorrência da doença, ao contrário, procura entender as dificuldades de outras famílias que possuem um membro com grave transtorno mental”. No mesmo sentido, Scazufca (2006, p. 1), ao falar das intervenções psicossociais, afirma que “a família não é responsável ou culpada pela ocorrência da doença”.

Atualmente é consensual que quando a família é apoiada e orientada tem condições de compartilhar seus problemas e pode ser percebida com a estrutura existente para desinstitucionalização e reinserção social do indivíduo acometido por transtorno mental (ESPERIDIÃO, 2006).

Nas famílias em situação de pobreza, assalariadas urbanas com poucos e insuficientes recursos econômicos, fato que as torna vulneráveis em suas condições de vida em geral, apreender o impacto do transtorno mental é uma tarefa complexa, pois, se é impossível isolar o fenômeno, que, por si só, é complexo e multifacetado, visto que engloba a dimensão biológica, psicológica, social e econômica, por outro lado, os problemas sociais nas famílias pobres tendem a ter uma complexidade peculiar (OLIVEIRA apud ROSA, 2003).

Para Lana, Dias; Regina (2009), as ações dirigidas às famílias de portadores de transtorno mental devem estruturar-se de modo a favorecer e fortalecer a relação familiar/profissional/serviços, entendendo que o familiar é fundamental no tratamento dispensado ao doente mental.

Percebe-se, portanto, nesse momento, a necessidade de aumentar a participação de toda a comunidade (aí, inserida a família) no esforço de reabilitar o paciente doente mental, objetivando, assim, a obtenção de resultados mais qualitativos no tratamento efetuado.

3.3 Desinstitucionalização

Considera-se, nesta pesquisa, necessário discorrer sobre o acontecimento histórico que propiciou a inclusão da família no tratamento psiquiátrico: a desinstitucionalização, surgida no contexto da reforma psiquiátrica, pela sua importância no resultado do trabalho de reabilitação do doente mental. Até então, a assistência ao doente mental estava centrada nos

hospitais psiquiátricos, restringindo-se unicamente à internação e medicalização dos sintomas apresentados pelo mesmo. Na realidade, esse tipo de assistência visava excluir o doente mental do convívio com seus familiares e da sociedade em geral, como se observa nas palavras de Colvero (2002): “o hospício separa o louco das causas de sua loucura, inscritas na sociedade e principalmente na família”.

Segundo Barroso et al (2006, p. 102) “Foi através da reforma psiquiátrica, amparada pelo pressuposto da desinstitucionalização, que se ampliou significativamente, a função da família no processo de tratar e reabilitar”, e agora ela é considerada co-participante neste processo.

Sabe-se que o sentido geral da reforma psiquiátrica era a transformação das relações da sociedade com o doente mental, sendo que os movimentos de reforma da assistência psiquiátrica estavam marcados pelo procedimento de desinstitucionalização, termo usado primeiramente pelos americanos “para designar os processos de alta e de reinserção dos pacientes psiquiátricos na comunidade” (BARROS, 1994, p. 172).

Entretanto, o termo foi usado para diferentes objetivos, ora simbolizando a perspectiva da abolição de todas as instituições de controle social, ora significando um programa de racionalização financeira e administrativa com a redução de leitos hospitalares (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 1985). Segundo esses autores, é principalmente nesse sentido que a palavra foi empregada, ou seja, no sentido de desospitalização, política de altas hospitalares, redução de leitos e mesmo de fechamento de hospitais psiquiátricos.

Contudo, Colvero (2002) já diferenciava os dois termos. Para ele, desospitalizar significava identificar transformação com extinção de hospitais e manicômios, enquanto desinstitucionalizar era entender a instituição no sentido dinâmico e complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos.

Para Colvero (2002), o termo deve ser entendido como a desconstrução da cultura manicomial no contexto da tradição basagliana; mais ainda, a desinstitucionalização de saberes e práticas manicomiais que permeiam os serviços, os profissionais, a família e a sociedade em geral, possibilitando a inclusão daqueles que sofrem psiquicamente, bem como de seus familiares.

No Brasil, a desinstitucionalização veio a consistir em um termo atribuído aos reformadores, mas utilizado com diferentes propósitos, entre os quais, o de representar a negação do asilo como tratamento e sua substituição por novas práticas que realçassem a participação efetiva das famílias e de dispositivos comunitários na assistência (ORNELLAS,

1997; FREITAS, 1998 apud LUÍS, 2000). Portanto, com a desinstitucionalização, a assistência ao doente mental passou da lógica exclusiva para a inclusiva.

Ou seja, se antes ela era centrada nos hospitais psiquiátricos, onde o modelo de atenção se restringia à internação e à medicação dos sintomas apresentados, passou, então, a preconizar a diminuição dos leitos hospitalares, a criação de novos serviços de atenção à saúde mental, incluindo, desse modo, a família no rol dos responsáveis pelo tratamento dos portadores de transtorno mental.

Nesse processo de desinstitucionalização, parte dessa responsabilidade com o paciente psiquiátrico recai sobre a família, que, por sua vez, não se encontra estruturalmente preparada para receber o doente mental, e acolhê-lo de maneira a atender todas as exigências de cuidado e atenção emocional e material que a doença impõe.

Segundo Luís (2000), delegar o cuidado do enfermo mental à família significa transferir um encargo a pessoas que não têm o entendimento necessário para lidar com as condutas do seu parente e que não têm, em geral, recursos financeiros para sua manutenção e nem continência emocional para compartilhar desse convívio.

Desse modo, o convívio da família despreparada com o doente mental, resulta em sobrecarga para ambos, principalmente se o paciente apresenta comportamentos decorrentes da sintomatologia, como delírios e a agressividade, ocasionando as recaídas, as reinternações (COLVERO, 2002).

Assim, é necessário que se coloquem à disposição da família e do paciente, serviços que os ajudem a encontrarem uma dinâmica diferente e não destrutiva, os ajudem a não incorporarem o desvalor da doença e a entenderem que a diversidade não deve se tornar um momento de destruição de algum membro da família (ROTELLI, 1994 apud COLVERO, 2002, p. 97). Esses serviços consistem basicamente na criação de novas modalidades assistenciais como o CAPS, o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), Centro de Atenção Integral à Saúde Mental (CAIS-Mental), Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM), Oficinas Terapêuticas, Hospitais-dia, Serviços Residenciais Terapêuticos (moradias assistidas) e Centros de Convivência (COSTA, 2006).

Essas modalidades buscam criar uma interação com a família do paciente, com o objetivo de estabelecer um processo comunicativo que permita ao profissional da área de saúde compreender o contexto no qual esta inserida a história de vida do paciente e, a partir daí, desenvolver esforços educativos a esse grupo, facilitando a reintegração do mesmo na rede de relações sociais de onde foi excluído (PEREIRA; PEREIRA JR, 2003).

O processo terapêutico diz que a desinstitucionalização propõe um novo projeto terapêutico que engloba a reabilitação da pessoa com sofrimento psíquico, tendo como suporte, o envolvimento da família no processo (COIMBRA, 2005).

Quanto aos serviços substitutivos, a mesma autora relata que, nas últimas décadas, os mesmos vêm sendo implantados em substituição à assistência psiquiátrica, visando o atendimento do paciente na comunidade. Entretanto, segundo Colvero (2002), os serviços extra-hospitalares não representam simplesmente uma mudança geográfica do local de atendimento, mas surgem como alternativas complementares ao recurso hospitalar e propiciam a inclusão daqueles que sofrem psiquicamente, bem como de seus familiares.

Isso porque não se conseguiu eliminar as internações psiquiátricas, nem aqui nem em qualquer outra parte do mundo. Por exemplo, segundo Costa (2006), no ano de 2001 as internações psiquiátricas consumiram cerca de R\$ 470 milhões dos recursos financeiros destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que os gastos com os serviços substitutivos representaram cerca de 10% (dez por cento) desse valor e o restante, 90% (noventa por cento), foram destinados às internações.

Por fim, a própria Lei n. 10.216, de 06.04.2001, em seu parágrafo único do art. 2º, ao enumerar os direitos da pessoa portadora de transtorno mental, garante-lhe o direito de reinserção, tanto na família, quanto no trabalho e comunidade (COSTA, 2006):

Art. 2º [...]

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I – [...]

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; [...].

VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Percebe-se, segundo Costa (2006), portanto que o próprio Governo e a sociedade, na qual o paciente portador de transtorno mental está inserido, ao aprovar essa lei, reconhecem o esgotamento do modelo assistencial asilar, manicomial, institucionalizador, que vigorava até então.

3.4 Intervenções familiares

Como visto anteriormente, para inserir a família no processo terapêutico, há de se prepará-la para assumir seu importante papel. Para isso, usam-se as intervenções familiares.

Isso por que, além de prevenir ou reduzir os sintomas da doença mental, as intervenções familiares se mostram de suma importância para melhorar a qualidade de vida de toda a família. Com essas intervenções, procura-se colaborar para que o paciente tenha o mínimo de incapacidades associadas à doença mental e para que seus familiares possam compreender e lidar melhor com os problemas relacionados à doença do parente, bem como as emoções resultantes desse contato (SCAZUFCA, 2006).

Segundo a mesma autora, as intervenções psicossociais com familiares de indivíduos com transtorno mental se desenvolveram a partir de estudos que mostraram que a presença de um membro com transtorno mental na família está relacionada à sobrecarga em diversos aspectos da vida da família e seus membros, como os relacionamentos, o lazer, a saúde física e mental. Afirma, ainda, que esses tipos de intervenções psicossociais se baseiam em alguns pressupostos sobre a etiologia do transtorno mental e sobre o papel dos familiares em relação ao início e desenvolvimento da doença (SCAZUFCA, 2006).

Outra característica das intervenções psicossociais na família é a ênfase no trabalho colaborativo entre familiares e profissionais, compartilhando, por exemplo, informações sobre a doença ou discutindo conjuntamente os objetivos e tarefas durante o tratamento. Os programas com os familiares devem ser dirigidos às pessoas que convivem mais diretamente com o membro doente, em geral, pais, irmãos, cônjuges e filhos (SCAZUFCA, 2006).

A APA (2000, p. 57), afirma que “as famílias devem estar envolvidas e engajadas em um processo cooperativo de tratamento no maior grau possível”, pois elas são freqüentemente as responsáveis pelos cuidados dos pacientes e podem se beneficiar da educação, da orientação e do apoio, bem como do treinamento para ajudá-las a lidar com este papel.

Segundo Mari, Turecki; Streiner (2001), uma grande variedade de intervenções familiares no transtorno mental tem sido desenvolvida na última década, todas apresentando objetivos semelhantes (que na realidade, funcionam como princípio orientador de todas as intervenções), os quais podem ser sintetizados do seguinte modo:

- “a) promover uma aliança com os familiares que cuidam do paciente com transtorno mental;
- b) reduzir a adversidade do ambiente familiar (ou seja, diminuir o clima de sobrecarga emocional através da redução do estresse e do sentimento de opressão dos familiares);
- c) aumentar a capacidade resolutiva de problemas dos familiares;
- d) diminuir a expressão de raiva e culpa;
- e) manter expectativas de um desempenho exequível por parte do paciente (ou seja, pela manutenção de um balanço adequado entre a promoção de uma melhora no funcionamento do paciente e a superestimulação que aumenta o risco de recaídas);

- f) estabelecer limites apropriados entre o paciente e seus familiares;
- g) determinar mudanças no sistema de crenças e comportamentos dos familiares.”

Para Gelder, Mayou; Geddes (1999), o objetivo da atenção psicossocial e reabilitação é reduzir a incapacidade em longo prazo. Não obstante, eles concordam com a visão exposta acima, ao afirmarem que uma educação psicológica com a finalidade de reduzir o envolvimento emocional e as críticas da família em relação ao seu parente com transtorno mental tem-se mostrado eficaz na redução da taxa de recaída dos mesmos, principalmente se estes pacientes com transtorno mental vivem com suas famílias.

Outro tipo de intervenção familiar muito utilizada é a orientação familiar, por isso cabe relatar algumas observações que os estudiosos teceram a respeito. Segundo Razzouk; Shirakawa (2001), toda doença crônica, dificulta a vida do portador e sua relação com a família e que, para amenizar os choques, os confrontos, que essa relação provoca, não basta conscientizar o portador da doença, é preciso, sobretudo, conscientizar a família.

A orientação da família deve ser feita com regularidade nos dois primeiros anos do acompanhamento. Nesse momento, procura-se mostrar ao paciente que o contato com a família é imprescindível para a sua reabilitação, enquanto a família é esclarecida em relação à sintomatologia, diagnóstico, diagnóstico diferenciado, tratamento, evolução e prognóstico. Sobretudo, é importantíssimo orientar famílias com alto grau de emoções expressas que contribuem para o aumento de recidivas (LOUZÃ NETO; SHIRAKAWA, 1996).

Nesse sentido, para Vallada Filho; Busatto Filho (1996), o foco principal na abordagem familiar tem sido o conceito de Emoção Expressa (EE), haja vista que em estudos realizados pelos autores verificaram que esse tipo de intervenção terapêutica não só diminuiu o índice de EE, como também diminuiu a incidência de recaídas.

De acordo com Villares, Redko; Mari (2007), as EE's constituem um conceito desenvolvido em estudos sobre o curso das doenças mentais e consistem num índice de respostas afetivas expressas por familiares em relação a um membro da família com diagnóstico de transtorno mental, sendo seus componentes específicos, a hostilidade, os comentários críticos e o superenvolvimento emocional.

4 METODOLOGIA

A pesquisa realizada neste estudo trata-se de uma revisão de literatura.

4.1 Revisão da Literatura

Consideram-se como referencial para estruturação da presente revisão os passos propostos por Colvero (2002).

- **Formulação da Pergunta:** o que a literatura descreve sobre a importância da inserção da família no processo terapêutico de seu familiar acometido de transtorno mental?
- **Localização e seleção dos estudos:** serão considerados o estudo de publicações nacionais e periódicos indexados, impressos e virtuais, específicas da área (livros, monografias, dissertações e artigos).
- **Período:** 2000 a 2009 (se o período não contemplar todo conteúdo poderá ser ampliado).
- **Coleta de Dados:** Serão coletados dados relativos às abordagens referentes aos transtornos mentais, a desinstitucionalização e a intervenção familiar para obtenção de melhor qualidade de vida e inserção social dos indivíduos acometidos de transtorno mental.

Análise e apresentação dos dados:

O impacto causado pelo transtorno mental dentro da instituição social chamada família;

A representação da família dentro do contexto social;

A influência da reforma psiquiátrica no processo de desinstitucionalização, passando da lógica exclusiva para inclusiva.

A preparação da família na intervenção do processo terapêutico.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como resultado da pesquisa realizada, conseguiu-se o acesso a artigos que faziam ênfase à relação existente entre a família e transtornos mentais, implicando na análise de 10 (dez) artigos publicados entre os anos de 2000 a 2009.

AUTOR/ANO	TÍTULO	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVO
Esperidião, 2001	A assistência em saúde mental: a inserção da família na assistência psiquiátrica.	Revisão Bibliográfica	Analisar as adaptações, estruturas e recursos de atenção ao doente mental.
Pereira; Pereira Jr., 2003	Transtorno Mental: dificuldades enfrentadas pela família.	Pesquisa Qualitativa.	Identificar dificuldades sentidas pela família em seu convívio com o doente mental
Witiuk; Silva, 2003	Família do portador de transtorno mental: vítima ou vilã?	Pesquisa qualitativa.	Identificar a relação estabelecida pela família dos segmentos de baixa renda do portador do transtorno mental, com a comunidade, com as instituições de atendimento e com a sociedade.
Moreno; Alencastre, 2003	A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico.	Pesquisa Qualitativa	Reconstruir a trajetória da família do portador de sofrimento psíquico, desde a construção da psiquiatria enquanto ciência médica, no séc. XVIII até os dias atuais, enfocando períodos em que ocorrem mudanças na forma de inserção dos familiares nas formas de atendimento
Oliveira; Loyola, 2004	Família do paciente psiquiátrico: o retrato de uma ilustre desconhecida	Pesquisa qualitativa com enfoque na etnometodologia	Analisar o cotidiano domiciliar do paciente psiquiátrico e de seus familiares por meio de visita domiciliar.
Spadini; Souza, 2004	Doença mental sob olhar de pacientes e familiares	Revisão bibliográfica.	Estudar a compreensão sobre doença mental de pacientes e familiares.
Barroso et al. 2004	Transtornos mentais: o significado para os familiares.	Pesquisa Qualitativa	Identificar o significado dos transtornos mentais para familiares de portadores.
Coimbra et al., 2005	Reabilitação psicossocial e família: considerações sobre a reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil.	Revisão bibliográfica.	Analisar a reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil.
Waidman; Elsen, 2005	O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização.	Revisão bibliográfica.	Identificar nos estudos sobre a desinstitucionalização e família as referências sobre o cuidado multi e interdisciplinar em saúde mental e apreender as categorias que emergem sobre a temática analisada.
Frazão; Lima, 2008	Família de baixa renda que convive com uma pessoa com transtorno mental.	Revisão Bibliográfica.	Abordar a relação entre renda e saúde mental, bem como o processo de desospitalização e responsabilização da família no cuidado da pessoa com transtorno mental e suas dificuldades, destacando-se o papel do Estado na promoção de maior suporte financeiro e psicológico a essas famílias e também a importância da enfermagem na atuação junto à família e ao portador desses transtornos.
Lana; Dias; Regina, 2009	O estigma da doença mental para pacientes, familiares e a sociedade.	Revisão Bibliográfica	Repensar a visão que o próprio paciente, sua família e a sociedade têm em relação às pessoas que sofrem com a doença mental procurando discutir a importância desta socialização para o doente, e a diminuição do preconceito com tais pessoas.

Dentre os assuntos abordados temos uma divergência de alguns autores quando se trata do termo família. Macedo lembra que por muito tempo os profissionais de saúde mental tinham a família como causadora da doença. Para Durão; Sousa a família não é considerada responsável pela ocorrência da doença mental. Já Esperidião diz que quando a família é apoiada e orientada tem condições de compartilhar seus problemas e pode ser percebida com a estrutura existente para desinstitucionalização e reinserção social do indivíduo acometido por transtorno mental. E quando se trata de transtorno mental há uma convergência entre os autores dos textos analisados, no que diz respeito a origem não há uma causa específica, já no tratamento citam a farmacologia, a psicoterapia como redução do número de internações.

Diante da abordagem e discussão dos textos concluiu-se a importante participação da família no processo terapêutico e na inserção do familiar na sociedade, contribuindo assim para a melhor qualidade de vida no âmbito biopsicossocial.

TÍTULO	OBJETIVO	RESULTADO
A assistência em saúde mental: a inserção da família na assistência psiquiátrica.	Analisar as adaptações, estruturas e recursos de atenção ao doente mental.	O artigo mostra que a inclusão da família no tratamento do paciente com transtorno mental amplia a compreensão da dinâmica das suas relações.
Transtorno Mental: dificuldades enfrentadas pela família.	Identificar dificuldades sentidas pela família em seu convívio com o doente mental	O texto mostra que a falta de orientação às famílias provoca conflitos e descompassos entre o paciente e a dinâmica familiar, com prejuízos para o processo terapêutico.
Família do portador de transtorno mental: vítima ou vilã?	Identificar a relação estabelecida pela família dos segmentos de baixa renda do portador do transtorno mental, com a comunidade, com as instituições de atendimento e com a sociedade.	O estudo conclui que os familiares dos doentes se vêem desassistidos, pois suas condições econômicas e sociais não lhes permitem condições adequadas de cuidados, gerando intolerância entre as partes.
A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico.	Reconstruir a trajetória da família do portador de sofrimento psíquico, desde a construção da psiquiatria enquanto ciência médica, no séc. XVIII até os dias atuais, enfocando períodos em que ocorrem mudanças na forma de inserção dos familiares nas formas de atendimento	O estudo mostra que os profissionais de saúde mental tem que se tornar aliados da família no processo de desinstitucionalização. Com
Família do paciente psiquiátrico: o retrato de uma ilustre desconhecida	Analisar o cotidiano domiciliar do paciente psiquiátrico e de seus familiares por meio de visita domiciliar.	O artigo evidencia a importância da família como um lugar de permanência dos afetos possíveis, onde se pode investir para uma comunidade de vida na complexidade do mundo atual.
Doença mental sob olhar de pacientes e familiares	Estudar a compreensão sobre doença mental de pacientes e familiares.	
Transtornos mentais: o significado para os familiares.	Identificar o significado dos transtornos mentais para familiares de portadores.	O estudo mostra que a doença mental ainda é percebida como fenômeno causador de sofrimento tanto para o indivíduo que passa por essa experiência como também para aqueles de seu entorno social, principalmente a família.
Reabilitação psicossocial e família: considerações sobre a reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil.	Analisar a reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil.	O estudo conclui que o processo de reforma psiquiátrica envolve várias instâncias: o indivíduo, a família, a comunidade e os profissionais de saúde, a fim de reabilitar o portador de transtorno mental, dando-lhe reconhecimento como cidadão.
O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização.	Identificar nos estudos sobre a desinstitucionalização e família as referências sobre o cuidado multi e interdisciplinar em saúde mental e apreender as categorias que emergem sobre a temática analisada.	O estudo demonstra que trabalhar interdisciplinarmente ainda se constitui um desafio ao qual a equipe multidisciplinar precisa transpor para almejar um cuidado adequado ao portado de transtorno mental e sua família.
Família de baixa renda que convive com uma pessoa com transtorno mental.	Abordar a relação entre renda e saúde mental, bem como o processo de desospitalização e responsabilização da família no cuidado da pessoa com transtorno mental e suas dificuldades, destacando-se o papel do Estado na promoção de maior suporte financeiro e psicológico a essas famílias e também a importância da enfermagem na atuação junto à família e ao portador desses transtornos.	O estudo mostra que o olhar humanizado, não só da equipe de enfermagem, mas também de todos os profissionais envolvidos na saúde mental dos familiares cuidadores, é de extrema necessidade, já que quem cuida também precisa de cuidados.
O estigma da doença mental para pacientes, familiares e a sociedade.	Repensar a visão que o próprio paciente, sua família e a sociedade têm em relação às pessoas que sofrem com a doença mental procurando discutir a importância desta socialização para o doente, e a diminuição do preconceito com tais pessoas.	O artigo mostra como o estímulo da equipe de saúde que trabalha com doentes mentais transforma-os em verdadeiros suportes entre o paciente, a família e a sociedade, na tentativa de mudar a visão das pessoas sobre o transtorno mental através da informação, aceitação e socialização destes indivíduos.

Na análise dos artigos acima, conclui-se que, antes da reforma psiquiátrica, o paciente acometido por transtorno mental era imediatamente institucionalizado, devido ao fato de que a própria sociedade tinha a família como causadora da doença mental.

Com a reforma psiquiátrica, surgiu o movimento de desinstitucionalização onde a família passou de causadora para protagonista no processo terapêutico.

A família, ao receber um diagnóstico de transtorno mental em um de seus membros, sofre um impacto que gera na mesma um processo de desorganização. Essa desorganização ocorre não somente pela falta de conhecimento da doença, mas principalmente pela dificuldade financeira e pelo preconceito social.

Todas essas dificuldades geram na família insegurança, medos, frustrações e angústias, fazendo com que a mesma se exclua de toda a vida social.

Hoje, através da orientação e conhecimento sobre a doença, a família passou a conviver melhor com o portador de transtorno mental, participando de seu tratamento, sendo orientada por profissionais da área de saúde e tendo como suporte os serviços substitutivos como CAPS, NAPS, Hospital Dias, Residência Terapêutica e Oficinas Terapêuticas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo dos textos mostra que o transtorno mental é caso de saúde pública, haja vista as conseqüências que a enfermidade traz para o portador. Ela é crônica, incapacitante e transforma o ambiente familiar, de tal maneira, que desestrutura toda a família, que de início não está preparada para lidar com a doença.

A única maneira de amenizar o problema é tratar tanto a família quanto o familiar acometido do transtorno. Mas como fazer isto? Inserindo a família no processo terapêutico, através, das intervenções dos profissionais da área de saúde, visto que somente o tratamento medicamentoso não recupera o paciente.

Trazendo-se a família para participar do tratamento, dá-se um passo bastante significativo na recuperação do paciente com transtorno mental, em razão que o tratamento realmente atinge seu objetivo, na medida em que tanto a família quanto o paciente são esclarecidos a respeito da enfermidade, sobretudo quanto ao diagnóstico, sintomatologia, prognóstico, diagnóstico diferencial, etc.

Não adianta desinstitucionalizar o paciente, sem que se providenciem os meios necessários para que o mesmo não retorne à instituição. É preciso disponibilizar dos serviços substitutivos, do tipo CAPS, NAPS, HOSPITAL DIA, RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA etc. Fica claro nos textos estudados que os resultados do tratamento são otimizados quando são tratados concomitantemente, a família e o familiar doente.

É evidente também, que a família só desempenha plenamente o seu papel, quando é corretamente orientada e educada quanto à enfermidade.

Portanto, baseado na literatura estudada conclui-se que o papel da família, no tratamento do paciente com transtorno mental, é evitar ou reduzir as recaídas, manter as conquistas realizadas e melhorar a qualidade de vida do paciente.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Osvaldo Pereira de; DIATEN, Luiz; LARANJEIRA, Ronaldo. **Manual de psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

AMARAL, Osvaldo Lopes do. **Transtornos mentais**. 2009. Disponível em: <<http://www.inef.com.br/transtorno.htm>>. Acesso em: 14 abr. 2009.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diretrizes no tratamento da esquizofrenia**. Tradução de Dayse Batista. Porto Alegre: Artmed, 2000.

BARROS, Denise Dias. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p. 171-195.

BARROSO, Ana Gláucia Carvalho et al. Transtornos mentais: o significado para os familiares. **Rev. Bras. em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 17, n. 3, 2004. Disponível em: <<http://www.redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/408/40817302.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2009.

BUENO, Romildo; NARDI, Antônio. **Diagnóstico e tratamento em psiquiatria**. São Paulo: Medsi, 2000.

CAMPAILLA, Giuseppe. **Manual de Psiquiatria**. São Paulo: Martins Fontes, 1982.

COIMBRA, Valéria Cristina Christello et al. Reabilitação psicossocial e família: considerações sobre a reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 7, n. 1, p. 99-104, 2005.

COLVERO, Luciana de Almeida. **Desafios da família na convivência com o doente mental: cotidiano conturbado**. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

COSTA, Augusto César de Farias. **Direito, saúde mental e reforma psiquiátrica**. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/conferenciasST2005/cdrom/CD%20coletanea%20leis%20e%20textos/Artigos/07.doc>>. Acesso em: 14 abr. 2009.

DELLA TORRE, M. B. L. **O homem e a sociedade: uma introdução à sociologia**. 15. ed. São Paulo: Nacional, 1989.

ESPERIDIÃO, Elizabeth. A assistência em saúde mental: a inserção da família na assistência psiquiátrica. **Revista eletrônica de enfermagem**, Goiânia, v.3, n.1, jan./jun. 2001. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 7 fev. 2009.

FICHTNER, Nilo. **Transtornos mentais da infância e da adolescência: um enfoque desenvolvimental**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

FRAZÃO, Iracema da Silva; LIMA, Maria Eduarda Batista de. Família de baixa renda que convive com uma pessoa com transtorno mental: uma revisão bibliográfica. **Revista de enfermagem UFPE**, Recife, p. 361-66, 2008. Disponível em: <<http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/enfermagem>>. Acesso em: 14 abr. 2009.

GELDER, Michael; MAYOU, Richard; GEDDES, John. **Psiquiatria**. Tradução de Martha Luiza Quintella Alves Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

GOBBO, Ana Flora Fogaça. **Conhecimento do familiar da pessoa em sofrimento psíquico sobre a terapêutica medicamentosa**. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2004.

LANA, Cláudia; DIAS, Juliana; REGINA, Luciana. **O estigma da doença mental para pacientes, família e a sociedade**. 2009. Disponível em: <<http://www.artigonal.com/print/948903>>. Acesso em: 21 jul. 2009.

LIMA, Terezinha Moreira; SILVIA, Maria Jacinta; SILVIA, Selma Maria M. Marques da. **Crianças e adolescentes com deficiência: direitos e indicadores de inclusão**. São Luís: EDUFMA, 2005.

LOUZÃ NETO, Mário Rodrigues; SHIRAKAWA, Itiro. Esquizofrenia. In: TABORDA, J. G. V.; PRADO-LIMA, P.; BUSNELLO, E. D'A. (org.). **Rotinas em psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996, cap. 10.

LUIS, Margarita Antonia Villar. A respeito da exclusão: instituição asilar e desinstitucionalização. In: JORGE, Maria Salete Bessa; SILVA, Waldine Viana da; OLIVEIRA, Francisca Bezerra de (orgs.). **Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio**. São Paulo: Lemos, 2000, p. 15-40.

MARI, Jair J.; TURECKI, Gustavo; STREINER, David. Intervenções familiares e recaídas na esquizofrenia: metanálise dos resultados de pesquisas. In: SHIRAKAWA Itiro; CHAVES, Ana Cristina; MARI, Jair J. (ed.). **O desafio da esquizofrenia**. São Paulo: Lemos Editorial, 2001, p. 197-218.

MORENO, Vânia; ALENCASTRE, Márcia Bucchi. A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 37, n. 2, jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342003000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 7 fev. 2009.

NUNES, Portela; BUENO, Romildo; NARDI, Antônio. **Psiquiatria e saúde mental: conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais**. São Paulo: Atheneu, 2001.

OLIVEIRA, Ana Maria de. A moralidade como instrumento de censura: álbum de família de Nelson Rodrigues e sua reelaboração da trilogia tebana. **Rev. Espaço Acadêmico**, n. 28, 2003. Disponível em: <<http://www.espacoacademico.com.br/028/28coliveira.htm>>. Acesso em: 13 fev. 2009.

OLIVEIRA, Rosane Mara Pontes de; LOYOLA, Cristina Maria. **Família do paciente psiquiátrico**: o retrato de uma ilustre desconhecida. 2004. Disponível em:<http://www.ppg.uem.br/Docs/ctf/Saude/2004_1/25_199-03%20Rosane%20M%20P%20de%20Oliveira_Familia%20do%20paciente.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2009.

PEREIRA, Maria Alice Ornellas; PEREIRA JR., Alfredo. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 37, n. 4, dez. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342003000400011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 7 fev. 2009.

RAZZOUK, Denise; SHIRAKAWA, Itiro. A evolução dos critérios diagnósticos da esquizofrenia. In: SHIRAKAWA, Itiro; CHAVES, Ana Cristina; MARI, Jair J. (ed.). **O desafio da esquizofrenia**. São Paulo: Lemos Editorial, 2001. p. 15-23.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de Leonardis; MAURI, Diana Mauri. **Desinstitucionalização, uma outra via**: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. Tradução de Maria Fernanda de Silvio Nicácio. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1985.

SCAZUFCA, Márcia. Abordagem familiar em esquizofrenia. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 22, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000500017&lng=em&nrm=iso>. Acesso em: 15 abr. 2009.

SPADINI, Luciene Simões; SOUZA, Maria Conceição Bernardo de Mello e. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, mar. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000100018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 7 fev. 2009.

VALLADA FILHO, Homero; BUSATTO FILHO, Geraldo. Esquizofrenia. In: ALMEIDA, Osvaldo Pereira de; DRATCU, Luiz; LARANJEIRA, Ronaldo. (org.). **Manual de psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. cap. 9.

VILLARES, Cecília C.; REDKO, Cristina P.; MARI, Jair J. Concepções de doenças por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. **Rev. Bras. Psiquiatr**, São Paulo, v. 21, n.1, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000100008&ing=pt&nrm=isso>. Acesso em: 15 abr. 2009.

WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini; ELSEEN, Ingrid. O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 3, set. 2005 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000300004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 7 fev. 2009.

WIKIPÉDIA, A Enciclopédia Livre. **Família**. Disponível em:

<<http://pt.wikipedia.org/wiki/Fam%C3%ADlia> >. Acesso em: 15 abr. 2009.

WITIUK, Ilda Lopes; SILVA, Rosangela Castro Ribeiro da. **Família do portador de transtorno mental: vítima ou vilã?** 2003. Disponível em:

<http://www.cpihts.com/2003_07_06/Ilda_lop.htm>. Acesso em: 15 abr. 2009.

ZANINI, Márcia H. Psicoterapia na esquizofrenia. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 22, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000500016&lng=en&nrm=isso>. Acesso em: 15 abr. 2009.