

# AS DIFICULDADES E DESAFIOS DA FAMÍLIA ENVOLVIDA COM PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL<sup>1</sup>

MADEIRA, Maria Teresinha<sup>2</sup>

CUNHA, Dário<sup>3</sup>

## RESUMO

Transtorno mental é definido, como 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. Historicamente é possível identificarmos que a família nem sempre esteve incluída no tratamento dispensado às pessoas portadoras de adoecimento psíquico, pois, quando ocorria o primeiro surto, o doente era trancado em manicômios por longos anos, às vezes para sempre. O novo modelo de atenção em saúde mental promoveu avanços significativos na qualidade de vida das pessoas portadoras de transtorno mental, especialmente em relação à redução de usuários institucionalizados. Vários são os estudos a cerca do impacto que a família do portador mental sofre sendo citada, como os principais a sobrecarga familiar, o estresse emocional e o econômico. Os mesmos acabam tendo que passar por uma readequação de sua estrutura uma vez que esse portador precisa de uma atenção e cuidados especiais o que gera um maior custo, tanto na estrutura com relação aos cuidados com o portador, quando a como se portar diante deste portador. Ressalta-se ainda que “o reconhecer e aceitar a doença é entendido como necessário e essencial para a melhora da qualidade de vida de pacientes e familiares”. A participação da família no processo terapêutico dos pacientes é fundamental e contribui de forma significativa no tratamento e consequente melhora. O paciente sente-se valorizado e confiante de sua recuperação, quando sente a efetividade da participação familiar.

**Palavras-chave:** Transtorno Mental, Desafios, Família.

## ABSTRACT

Mental disorder is defined as the functioning of the mind changes that impair the person's performance in family life, social life, personal life, at work, at school, in the understanding of self and others. Historically it is possible to identify the family has not always been included in the treatment of persons suffering from mental illness, for when the first outbreak occurred, the patient was locked up in asylums for many years, sometimes forever. The new mental health care model led to significant advances in the quality of life of people with a mental illness, especially in relation to the reduction of institutionalized users.

---

<sup>1</sup> Artigo Científico apresentado na Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí – UNIDAVI.

<sup>2</sup> Bacharel em Enfermagem, Acadêmica de curso de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial do Centro Umiversitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí- UNIDAVI

<sup>3</sup> Psicólogo, Professor Orientador do Artigo destinado ao curso de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial – UNIDAVI.

Several studies about the impact that the family suffers mental carrier being cited as the main family overload, emotional stress and economic. They end up having to go through a readjustment of its structure since this carrier needs a special attention and care which generates a higher cost, both in structure with respect to the care of the carrier, as to how to behave in front of this carrier . It is noteworthy that "recognize and accept the disease is seen as necessary and essential to improve the quality of life of patients and their families." Family participation in the therapeutic process of patients is paramount and contributes significantly in the treatment and consequent improvement. The patient feels valued and confident of his recovery, when you feel the effectiveness of family participation.

**Keywords:** Mental disorder , Challenges , Family .

## 1. INTRODUÇÃO

A doença mental surge como uma barreira que dificulta o contato do indivíduo com o ambiente em que está inserido, tornando-o alienado e na maioria das vezes privando-o de sua liberdade e da possibilidade do convívio com as pessoas. Compreender a doença mental significa modificar e desconstruir ideologias, crenças e valores em relação a patologias mentais, pois a mesma 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. Existindo assim, o paradigma da exclusão social que se resume em isolamento dos doentes que não são aceitos dentro dos padrões habituais.

A estigmatização da loucura faz com que o doente perca a sua cidadania, sofra preconceitos e seja segregado da sociedade. A história da doença mental, ou loucura, é relatada desde os primórdios da civilização, onde a pessoa considerada anormal era abandonada à sua própria sorte, para morrer de fome ou por ataque de animais. Hoje é sabido 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, considerada uma desordem.

Trabalhar o tema sobre dificuldades e desafios da família envolvida com portador de transtorno mental decorre do interesse em compreender como se porta os familiares perante a descoberta de um membro com transtorno mental.

O presente estudo tem como objetivo descrever os aspectos presentes na relação da família com o membro portador de transtorno mental além de compreender dá a aceitação familiar e como agem os mesmos a partir da descoberta de um doente com transtorno mental.

Ressalta-se que a metodologia utilizada foi uma Pesquisa Bibliográfica que segundo Gil (2008) é desenvolvido com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos cujas palavras chaves para a procura foram transtorno mental X família.

O preconceito criado a cerca da doença mental já é gerado desde a antiguidade por isso apoiar a família do portador faz com que o tratamento seja mais eficaz e efetivo fazendo com que a sobrecarga familiar seja amenizada gerando um bem estar à família e a sociedade em geral.

## **2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

### **TRANSTORNO MENTAL**

Transtorno mental é definido, segundo Viana e Almeida (2011, p.6), como alterações do funcionamento da mente que prejudicam o desempenho da pessoa na vida familiar, na vida social, na vida pessoal, no trabalho, nos estudos, na compreensão de si e dos outros, na possibilidade de autocrítica, na tolerância aos problemas e na possibilidade de ter prazer na vida em geral.

Baseado na Organização Mundial de Saúde – OMS - ONU, entendem-se como Transtornos Mentais e Comportamentais, segundo Ballone (2008), as condições caracterizadas por alterações mórbidas do modo de pensar e/ou do humor (emoções), e/ou por alterações mórbidas do comportamento associadas a angústia expressiva e/ou deterioração do funcionamento psíquico global. Os Transtornos Mentais e Comportamentais não constituem apenas variações dentro da escala do "normal", sendo antes, fenômenos claramente anormais ou patológicos.

Um comportamento anormal ou um curto período de anormalidade do estado afetivo não significa, em si, a presença de distúrbio mental ou de comportamento:

Para serem categorizadas como transtornos, é preciso que essas anormalidades sejam persistentes ou recorrentes e que resultem em certa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal, em uma ou mais esferas da vida. Os Transtornos Mentais e Comportamentais se caracterizam também por sintomas e sinais específicos e, geralmente, seguem um curso natural mais ou menos previsível, a menos que ocorram intervenções. Nem toda deterioração humana denota distúrbio mental (BALLONE, 2008)

As pessoas podem sofrer angústia em virtude de circunstâncias pessoais ou sociais e, a menos que sejam satisfeitos todos os critérios necessários para o diagnóstico de determinado distúrbio, essa angústia não constituirá distúrbio mental. Há diferença, segundo o mesmo autor, por exemplo, entre um estado afetivo deprimido e depressão doença, o primeiro surgindo como resposta a uma determinada circunstância estressante e a outra como uma doença franca.

Diferentes modos de pensar e se comportar, entre diferentes culturas, podem influenciar a maneira pela qual se manifestam os Transtornos Mentais. Assim, as variações normais determinadas pela cultura não devem ser rotuladas, segundo Ballone (2008), como Transtornos Mentais, da mesma forma como, também, não podem ser tomadas como indicações de distúrbio mental as crenças sociais, religiosas e/ou políticas. Essas nuances étnicas e culturais fazem parte da chamada Psiquiatria Transcultural.

Transtornos Mentais são bastante frequentes e certamente uma em cada cinco pessoas terá em algum momento de sua vida um diagnóstico de transtorno mental (VIETTA, 2013, p.1). A Organização Mundial de Saúde estima ainda que: “uma entre quatro famílias possuem pelo menos um membro mentalmente enfermo”. (OMS, 2011) Por isso fazer a família entender e aceitar a doença mental torna-se essencial e de extrema importância na reabilitação do indivíduo.

## **HISTÓRIA A CERCA DO CUIDADO COM O PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL**

Historicamente é possível identificarmos que a família nem sempre esteve incluída no tratamento dispensado às pessoas portadoras de adoecimento psíquico. O modelo de tratamento hegemônico, centrado no hospital psiquiátrico, segundo Conejo & Colvero (2005), restringia-se ao isolamento dos portadores e medicalização dos sintomas apresentados por eles, "excluindo-os dos vínculos, das interações, de tudo que se configura como elemento e produto de seu conhecimento".

Segundo Pimenta & Romagnoli (2008, p. 76), quando ocorria o primeiro surto, o doente era trancado em manicômios por longos anos, às vezes para sempre. O portador era afastado de qualquer convívio ou sinal de uma vida produtiva, ficava à margem do social, distante da família, esquecido e excluído. Muitas vezes, falecia na instituição asilar.

Nesse contexto, o louco era distanciado da família como uma proposta de “isolamento terapêutico”. Para justificar tal procedimento, defendia-se que a família estaria sob ameaça de alienação e que, por isso, necessitaria ser protegida. O louco era encarado como uma figura perigosa para a estrutura familiar, supondo-se que poderia subverter os membros mais frágeis, tornando-se um modelo exemplar negativo, ao ser imitado. Entretanto, embora a família precisasse ser protegida do seu membro doente, o grupo era também acusado de promover a loucura. Esta contradição se dava devido à idéia de que a alienação provinha da estrutura familiar e dos conflitos que aconteciam a partir desta relação.

Dessa maneira, a relação da família com o portador de transtorno mental era mediada por agentes médicos e por agências estatais, encarregadas da cura, da custódia e da assistência. À família cabia identificar a loucura e encaminhar para o asilo, fornecer informações importantes, às vezes visitar o doente e esperar por sua recuperação pacientemente. “Recuperação” que, na maior parte das vezes, não acontecia, e assim o louco nunca mais voltava para o seio familiar. Morria no asilo ou ficava nas ruas perambulando, rejeitado pela família, perdendo qualquer vínculo social.

A loucura como anormalidade e o aparato manicomial como objeto da razão permaneceram por quase dois séculos, segundo Vasconcelos (2002, p. 49):

No século XX manifestações de críticos passaram a questionar o tratamento destinado aos doentes mentais e o sistema manicomial. As maiores críticas aconteceram diante do poder médico e de suas práticas de exclusão do sujeito. Era necessário “uma revisão dos paradigmas, que reduziram e aprisionaram a loucura como objeto de um saber exclusivamente médico e a superação das formas assistenciais segregadoras, dentro do sistema público de saúde, que desrespeitam a cidadania do louco”. Dessa forma, surgiram movimentos a favor da reforma psiquiátrica, que queriam novas formas de tratamento à doença mental, inserindo os doentes na sociedade. A partir desses movimentos, novos discursos e novas práticas passaram a sustentar a relação da loucura com a sociedade.

A reforma psiquiátrica no Brasil é um movimento histórico de caráter político, social e econômico influenciado pela ideologia de grupos dominantes. A práxis da reforma psiquiátrica faz parte do cotidiano de um bom número de profissionais de saúde mental. Tem como uma das vertentes principais a desinstitucionalização com conseqüente

desconstrução do manicômio e dos paradigmas que o sustentam. A substituição progressiva dos manicômios por outras práticas terapêuticas e a cidadania do doente mental vem sendo objeto de discussão não só entre os profissionais de saúde, mas também em toda a sociedade.

Segundo Moura (1987), o modelo de assistência psiquiátrica ainda predominante no Brasil, com base na legislação de 1934, propõe, fundamentalmente, a hospitalização e o asilamento do doente mental, visando atender, sobretudo, a segurança da ordem e da moral pública. Embora predominante, este modelo é atualmente considerado falido e sua base ideológica, desmistificada.

A reforma psiquiátrica vem se desenvolvendo no Brasil há várias décadas, mais precisamente a partir do final dos anos setenta. O movimento aponta as inconveniências do modelo que fundamentou os paradigmas da psiquiatria clássica e tornou o hospital psiquiátrico a única alternativa de tratamento, facilitando a cronicidade e a exclusão dos doentes mentais em todo o país. A reforma psiquiátrica, hoje defendida, é fruto de maior maturidade teórica e política, alcançada ao longo das últimas décadas, com maior conscientização da sociedade civil organizada (AMARANTE, 1996).

No percurso da reforma psiquiátrica brasileira, houve um momento em que as denúncias sobre a precariedade da assistência psiquiátrica desencadearam estudos e trouxeram a público dados e informações de órgãos públicos como, por exemplo, do Ministério da Saúde, antes não valorizados, tais como número de leitos, custos e qualidade da assistência. Os dados do Centro de Informações de Saúde, do Ministério da Saúde, revelaram que em 1988, o número de leitos psiquiátricos representava 19,1% do total de leitos disponíveis em todo o país, percentual superado apenas pelos leitos de clínica médica, 21,6% (ALVES, 1994).

A reforma psiquiátrica, tomando como desafio a desinstitucionalização, tem sido discutida e entendida com certa variedade de conceitos e conseqüências. Segundo Delgado (1987):

“O conceito defendido pela reforma, a desinstitucionalização não se restringe à substituição do hospital por um aparato de cuidados externos envolvendo prioritariamente questões de caráter técnico-administrativo-assistencial como a aplicação de recursos na criação de serviços substitutivos. Envolve questões do campo jurídico-político e sociocultural. Exige que, de fato haja um deslocamento das práticas psiquiátricas para práticas de cuidado realizadas na comunidade. A questão crucial da desinstitucionalização é uma “progressiva ‘devolução à comunidade’ da responsabilidade em relação aos seus doentes e aos seus conflitos”.

Para Birman (1992), trata-se de buscar “outro lugar social para a loucura na nossa cultura”. Assim, a indagação sobre outro lugar para a loucura põe em debate outro pólo da questão: a cidadania do doente mental. Há necessidade de distinguir nos projetos da reforma segundo Amarante (1996), a maneira como lidam com a desinstitucionalização. O conceito de desinstitucionalização vem sofrendo uma verdadeira metamorfose, abrindo novas possibilidades para o campo da reforma psiquiátrica. O termo desinstitucionalização vem sendo compreendido por diferentes atores como desospitalização, desassistência ou desconstrução, conforme interesses ou pontos de vista impregnados de poder ideológico.

A Reforma Psiquiátrica busca, segundo Vasconcelos (2002), transformar o paradigma de saber da saúde mental e a assistência prestada nessa área. Como os hospitais psiquiátricos produziram efeitos antiterapêuticos, foram adotadas novas estratégias, como serviços comunitários que atendem às demandas psicológicas e sociais do usuário em crise. Essa reforma possui como objetivo renovar os cuidados prestados em saúde mental.

Considerado um movimento histórico de caráter político, social e econômico, a reforma tem como ponto principal, segundo Gomes (2012), a desinstitucionalização com a consequente substituição dos manicômios por outras práticas terapêuticas. Para tanto, foram instituídos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dispositivos principais da rede comunitária em saúde mental, concebidos para funcionarem como pontos de referência no atendimento aos usuários que demandam atenção intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, ou seja, procedimentos ambulatoriais.

Segundo Rocha (2002), os CAPS constituem em um diferenciado e demarcam uma ética de trabalho em saúde mental por implicar em um envolvimento com compromisso de escuta subjetiva, pela mediação possível de laços sociais e pela desburocratização das respostas, reconhecendo a urgência de certas intervenções frente à fragilização dos sujeitos atendidos. Pontua-se, pois, segundo Figueiredo & Rodrigues (2004), em um serviço de atenção diária, que se propõe como alternativa ao hospital psiquiátrico e tem como principal objetivo promover a reabilitação psicossocial de seus usuários.

O processo de Reforma Psiquiátrica tem avanços e limitações, segundo Santin & Klafke (2011), enfrentando obstáculos diante da desconstrução do modelo manicomial. As principais mudanças, segundo os mesmos autores, geradas pela implantação dos novos serviços de atenção à saúde mental estão relacionadas com a cidadania dos usuários, a valorização da inserção dos familiares no tratamento e o processo de desmistificação da loucura junto à comunidade.

O novo modelo de atenção em saúde mental promoveu avanços significativos na qualidade de vida das pessoas portadoras de transtorno mental, especialmente em relação à redução de usuários institucionalizados. Se antes, o tratamento era realizado em clínicas públicas ou privadas, manicômios e/ou demais instituições asilares, atualmente estão inseridos na comunidade e buscando consolidar sua condição de sujeito de direito.

## **ACEITAÇÃO FAMILIAR**

Vários são os estudos a cerca do impacto que a família do portador mental sofre sendo citada, segundo Goldman (1982), como os principais a sobrecarga familiar, o estresse emocional e o econômico. A partir de diagnóstico confirmado de doença mental o que se percebe, segundo Witiuk & Silva (2003), é que a família fica fragilizada, suas relações internas e externas ficam totalmente comprometidas.

A vida de todos os envolvidos, seja direta ou indiretamente, se modifica. Os mesmos de acordo com Maciel (2000), acabam tendo que passar por uma readequação de sua estrutura uma vez que esse portador precisa de uma atenção e cuidados especiais o que gera um maior custo, tanto na estrutura com relação aos cuidados com o portador, quando a como se portar diante deste portador.

A família ao deparar-se com a doença mental apresenta três formas de abordagens segundo Miom (2003, p. 27): o encobrimento, o ocultamento da doença do meio social e a normalização, prosseguindo com as atividades normais, encobrendo a realidade e a dissociação afastando-se do convívio da sociedade a fim de evitar futuros aborrecimentos. Desta forma, de acordo com Souza (2008), a família deve adaptar-se com vistas a manter um equilíbrio que propicie uma melhor qualidade de vida tanto para o doente quanto para os familiares. A falta de adaptação pode contribuir negativamente para a evolução da doença e aquelas famílias que experimentam dificuldades de adaptação para incorporar o gerenciamento da doença no seu cotidiano, permanece como um foco desagradável na vida familiar. Pois, segundo Cardoso (2010), quando um familiar apresenta sintomas de transtorno mental, a família experimenta vários sentimentos em relação ao doente e à doença. Surgem, em geral, conflitos familiares, problemas financeiros, isolamento e falta de suporte.

Diante do exposto o que se observa é a necessidade de fazer com os familiares conheçam e compreendam a doença em si evitando aborrecimentos e até mesmo constrangimentos com relação a algumas atitudes que o mesmo venha a apresentar uma vez



que “essa doença acarreta em desgaste tanto para o portador quanto para a família, pois acontecem episódios em que os doentes entram em crise onde se destaca agressividade”.

Ressalta-se ainda que “o reconhecer e aceitar a doença é entendido como necessário e essencial para a melhora da qualidade de vida de pacientes e familiares”.

## **DIFICULDADES ENCONTRADAS PELOS FAMILIARES**

É importante ressaltar que as famílias estão expostas às sobrecargas emocionais, e mesmo com a Reforma Psiquiátrica, segundo Pimenta (2008), 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.

O fato é que os membros da família, devido à existência do transtorno mental em seu meio passam a ter negado o prestígio social na sociedade. Melman (2001, p. 90), afirma que:

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 escapar dos efeitos aterradores da percepção negativa e estigmatizante relacionada à doença mental, pois ela corrói a auto-estima 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.

Outros problemas enfrentados segundo Koga (1997), pela convivência da família 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, sentimentos de culpa, de vergonha, de desorientação quanto às informações sobre os distúrbios mentais e isolamento social.

Waidman (1999), em pesquisa realizada por meio de visitas domiciliares as famílias com portadores de doente mental identificou, entre outras, as dificuldades surgidas no enfrentamento dos problemas sociais e econômicos, a desconfiança depositada na pessoa que convive com o transtorno, o estigma, o desprezo e o desrespeito dos que o cercam.

## **A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NA EFICÁCIA NO TRATAMENTO**

O apoio familiar é muito importante, sendo mais ainda durante o tratamento, porém esse papel no trato com o doente não é fácil, conforme citado por Vieira (2015):

“pois vários são os sentimentos que ela pode apresentar diante dessa situação, tais como culpa preconceito e incapacidade. Além do preconceito que os portadores de transtornos mentais e dependentes químicos sofrem da sociedade, eles também são submetidos aos da família, que se sente envergonhada pela sociedade pelo simples fato de não terem conseguido formar um indivíduo “saudável” e preparado para cumprir com suas obrigações sociais”.

O mesmo autor ainda evidenciou que a participação da família no processo terapêutico dos pacientes portadores de transtornos mentais é fundamental e contribui de forma significativa no tratamento e conseqüente melhora. O paciente sente-se valorizado e confiante de sua recuperação, quando sente a efetividade da participação familiar. Ainda segundo Rocha (2002), a relação familiar é o sustentáculo e a base para uma boa estrutura emocional para o paciente, tanto para a prevenção de uma crise, quanto para sua manutenção e recuperação.

## **RESULTADOS**

No que diz respeito à aceitação da família, Goldman (1982), Witiuk & Silva (2003) e Maciel (2000), afirmam que num primeiro momento há um impacto psicológico através da sobrecarga familiar, estresse emocional, fragilidade onde suas relações internas e externas ficam totalmente comprometidas além do econômico, uma vez que acabam tendo que passar por uma readequação de sua estrutura pois esse portador precisa de atenção e cuidados especiais o que gera um maior custo.

Com relação às dificuldades encontradas pelos familiares todos os autores citados relatam o preconceito e a discriminação por parte da sociedade sendo um dos maiores problema, pois, a própria carência de suportes institucionais não permite que as famílias sejam suficientemente amparadas para o enfrentamento do problema e identificam que é muito difícil para os familiares escapar dos efeitos aterradores da percepção negativa e estigmatizante relacionada à doença mental, pois ela corrói a auto-estima e a autoconfiança das pessoas envolvidas, roubando uma parcela importante de suas potencialidades e das oportunidades de suas vidas.

Referente ao envolvimento da família na cuidado, Vieira (2015) e Rocha (2002) apontam que o apoio é fundamental e contribui de forma significativa no tratamento e consequente melhora do portador, pois, a mesma serve de apoio e base emocional para o mesmo.

## CONCLUSÃO

Percebe-se que a família do doente na maioria das vezes não possui suporte financeiro e psicológico para lidar com o mesmo, pois para um só paciente são utilizados vários medicamentos além de terem que disponibilizarem uma pessoa efetiva para acompanhar o mesmo, fazendo com que a abstenção do tratamento seja cada vez maior devido à sobrecarga das pessoas envolvidas.

Constata-se que a família que não se envolve com o portador da doença faz com que seu progresso seja afetado além de uma insistência a recusa de tratamento por sentirem-se incompreendidos, pois, não tem a quem compartilhar seus medos. Já uma família que auxilia efetivamente, no tratamento de seu portador de doença mental, faz com que o mesmo se sinta amparado, uma vez que terão com quem dividir suas angústias e tristezas.

É de suma importância, para uma maior objetividade do tratamento, a união da família na assistência, mas sobretudo que esta seja amparada pelos órgãos públicos pois a mesma precisa ser amparada, cuidada e principalmente orientada quanto as dúvidas e dificuldades enfrentadas.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Ana Carla Moura Campos Hidalgo de; FELIPES, Lujácia; POZZO, Vanessa Caroline Dal. **O impacto causado pela doença mental na família.** Disponível em: <[http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S1647-21602011000200007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S1647-21602011000200007&script=sci_arttext)>. Acesso em: 24 set. 2015.

BALLONE. G.J. **O que são Transtornos Mentais.** 2008– in. PsiqWeb. Disponível em: <[www.psiqweb.med.br](http://www.psiqweb.med.br)>. Disponível em: 31 ag. 2015. Acesso em: 24 set. 2015.

CARDOSO, Jéssica de Carvalho; CARVALHO, Thamires Albuquerque; FERNANDES, Márcia Astrês. **Transtorno bipolar de humor: percepção familiar.** Revista Interdisciplinar NOVAFAPI, Teresina. v.4, n.1, p.25-29, Jan-Fev-Mar. 2011. Disponível em: <[http://www.novafapi.com.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v4n1/pesquisa/p4\\_v4n1.pdf](http://www.novafapi.com.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v4n1/pesquisa/p4_v4n1.pdf)>. Acesso em: 23 ag. 2015.

CONEJO, Silvia Helena; COLVERO, Luciana de Almeida. **O cuidado à família de portadores de transtorno mental: visão dos trabalhadores.** Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/462>>. Acesso em: 08 out. 2015.

FIGUEREDO, V. V.; RODRIGUES, M. M. P. **Atuação do psicólogo nos CAPS do Estado do Espírito Santo.** Psicologia em estudo. Maringá, v.9, n.2, p.173-181, maio-ago, 2004.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 2008. Disponível em: <<http://wp.ufpel.edu.br/ecb/files/2009/09/Tipos-de-Pesquisa.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2015.

GOLDMAN, H. H. **Doença mental e sobrecarga familiar: uma perspectiva de saúde pública.** Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v11n18/v11n18a06.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2015.

GOMES, Tarcisa Bezerra. **O Processo de Valorização da Família na Política de Saúde Mental: Beneficiária ou Refém no Contexto das Mudanças Estruturais Contemporâneas?** Disponível em: <<http://www.mpce.mp.br/esmp/publicacoes/Edital-n-03-2012/Artigos/Tarcisa-Bezerra-Gomes.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2015.

HELOISA, Márcia; MALTEMPI, Maria Ângela. **O que é Saúde Mental?** Presidente Prudente, 2006.

MACIEL, Maria Regina Cazzaniga. **Portadores de Deficiência: a questão da inclusão social.** Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-88392000000200008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392000000200008)>. Acesso em: 06 set. 2015.

MION, J. Z. L. (2003). **Psiquiátricos em Hospital Geral: visão de profissionais que atuam em hospital geral.** Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>> Acesso em: 06 out. 2009.

NETO, Ana Maria Q. Fausto. **Família operária - reprodução da força de trabalho.** Rio de Janeiro: Vozes, 1982.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001 – Saúde Mental:nova concepção, nova esperança.** GENEBRA; 2001. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/462>>. Acesso em: 21 set. 2015.

PIMENTA, Eliane de Souza. **A relação das famílias no tratamento do portador de transtorno mental realizado no Centro de Atenção Psicossocial: uma perspectiva institucionalista.** Belo Horizonte: Pesquisas e Práticas Psicossociais, 2008.

ROCHA, R. **A reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: Vozes, 2002

SANTIN, Gisele; KLAFKE, Teresinha Eduardes. **A Família e o Cuidado em Saúde Mental.** Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/barbaroi/n34/n34a09.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2015.

SOUZA, A.S. **O impacto do transtorno bipolar afetivo na família.** Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da USP, 2008. Disponível em:

<[http://www.novafapi.com.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v4n1/pesquisa/p4\\_v4n1.pdf](http://www.novafapi.com.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v4n1/pesquisa/p4_v4n1.pdf)>. Acesso em 24 set. 2015.

SPADINI, Luciene Simões; Souza, Maria Conceição Bernardo de Mello. **A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares.** Disponível em: <[http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S1647-21602011000200007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S1647-21602011000200007&script=sci_arttext)>. Acesso em: 20 jul. 2015.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.** 2º Ed. São Paulo: Cortez, 2002.

VIANA, Camila Santos; ALMEIDA, Andreia Cristina. **Estigmas e Preconceitos Acerca da Pessoa com Transtorno Mental.** Presidente Prudente – SP: Faculdades Integradas Antônio Eufrásio de Toledo, 2011.

VIEIRA, Rodrigo Quadros. **A Família como Ponto Chave no Tratamento Terapêutico de Pacientes Portadores de Transtornos Psiquiátricos e Dependentes Químicos.** Disponível em: <<http://www.uniica.com.br/orientacoes/a-familia-como-ponto-chave-no-tratamento-terapeutico-de-pacientes-portadores-de-transtornos-psi-quiatricos-e-dependentes-quimicos/>>. Acesso em: 13 out. 2015.

VIETTA, Edna Paciência. **Transtorno Mental e Preconceito.** Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psicoeduc/ed23/2013/02/21/transtorno-mental-e-preconceito-2/>>. Acesso em: 24 ag. 2015.

WITIUK, Ilda Lopes; SILVA, Rosangela Castro Ribeiro da. **Família do Portador de Transtorno Mental: Vítima ou Vilã?** Disponível em: <[http://www.cpihts.com/2003\\_07\\_06/Ilda\\_lop.htm](http://www.cpihts.com/2003_07_06/Ilda_lop.htm)>. Acesso em: 02 set. 2015.