



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE PSICOLOGIA**

**EDINALVA CRISTINA DE MEDEIROS**

**A EXPERIÊNCIA DE CUIDAR DE UM FAMILIAR EM SOFRIMENTO PSÍQUICO**

**CAMPINA GRANDE**

**2018**

**EDINALVA CRISTINA DE MEDEIROS**

**A EXPERIÊNCIA DE CUIDAR DE UM FAMILIAR EM SOFRIMENTO PSÍQUICO**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para a obtenção do grau de Bacharel/Licenciado em Psicologia.

Orientador (a): Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Sibelle Maria Martins de Barros.

**CAMPINA GRANDE  
2018**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

M488e Medeiros, Edinalva Cristina de.  
A Experiência de cuidar de um familiar em sofrimento psíquico [manuscrito] / Edinalva Cristina de Medeiros. - 2018.  
22 p.  
Digitado.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2018.  
"Orientação : Profa. Dra. Sibelle Maria Martins de Barros, Departamento de Psicologia - CCBS."  
1. Doença mental. 2. Saúde mental. 3. Sofrimento psíquico. 4. Necessidades especiais. I. Título  
21. ed. CDD 152.4

EDINALVA CRISTINA DE MEDEIROS

A EXPERIÊNCIA DE CUIDAR DE UM FAMILIAR EM SOFRIMENTO PSÍQUICO

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para a obtenção do grau de Bacharel/Licenciado em Psicologia.

Orientador (a): Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Sibelle Maria Martins de Barros.

Aprovada em: 08/08/2018.

BANCA EXAMINADORA

*Sibelle*

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Sibelle Maria Martins de Barros (Orientador (a))  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

*Theilma Maria Grisi Veloso*

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Theilma Maria Grisi Veloso  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

*Wilmar Roberto Gaião*

Prof. Dr. Wilmar Roberto Gaião  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>04</b>
<b>2</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>08</b>
<b>3</b>	<b>REULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>09</b>
<b>4</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>18</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>19</b>

## A EXPERIÊNCIA DE CUIDAR DE UM FAMILIAR EM SOFRIMENTO PSÍQUICO

Edinalva Cristina de Medeiros

### RESUMO

Considerando a pessoa em sofrimento psíquico como sujeito que demanda o cuidado de outrem devido à fragilidade emocional e demandas decorrentes dessa condição, este estudo teve como objetivo compreender a experiência de cuidar de um familiar em sofrimento psíquico. Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória, com abordagem qualitativa. Participaram do estudo cinco familiares que eram cuidadores diretos de usuários do CAPS III, em Campina Grande/PB. Como proposta metodológica de coleta de dados, utilizou-se o grupo focal. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática e, por meio desta, foi possível construir as seguintes categorias: mudanças, dificuldades, estratégias de enfrentamento, apoio, o familiar em sofrimento psíquico, expectativas futuras e serviços institucionais. A experiência de cuidado revelou obstáculos que se apresentou de diferentes formas: compromisso que gera relação de dependência, dificuldades na relação com a pessoa em sofrimento psíquico e com os vizinhos, sobrecarga por exercer o cuidado sozinho, o fato de não poder trabalhar, dentre outros. Embora utilizem algumas estratégias de enfrentamento, como ficar sozinho, tentar relaxar, não contrariar ou mesmo ameaçar, o sofrimento dos cuidadores ainda persiste. Embora eles freqüentem serviços de saúde como o CAPS, torna-se importante problematizar a assistência oferecida a essas famílias bem como as ações intersetoriais a partir de suas demandas. É preciso reconhecer as condições e dinâmicas de cada família e os processos psicossociais que incidem em cada uma delas antes de simplesmente atribuir a mesma a principal responsabilidade pelo tratamento do familiar em sofrimento psíquico.

**Palavras-chave:** Família. Cuidador. Sofrimento psíquico.

### INTRODUÇÃO

O Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil tem sua gênese no final dos anos 1970. Em 1978, a denúncia de maus-tratos de hospitais psiquiátricos da Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam) culminou com a criação do primeiro movimento social na área da saúde mental no país, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que, em 1993, passaria a ser chamado Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) (AMARANTE, 2012).

Dois eventos realizados no ano de 1978 que tiveram a participação do MTSM tornaram-se marcos do processo de reforma psiquiátrica no Brasil: o I Simpósio Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, que teve a participação de importantes atores da reforma psiquiátrica internacional, e o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria. Nesta ocasião, o MTSM

teve a oportunidade de se organizar a nível nacional e trouxe ao evento o debate político sobre o modelo assistencial psiquiátrico brasileiro (AMARANTE, 2012).

Além disso, outros eventos foram importantes para que o movimento de reforma psiquiátrica ganhasse destaque nas discussões públicas: a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, que aconteceram em 18 de maio de 1987 em Bauru/SP. Essa data passou a representar o Dia Nacional de Luta Antimanicomial (COLLETI et al., 2014). No momento da realização do II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental foi realizada uma avaliação da assistência psiquiátrica brasileira recomendando uma ruptura com a assistência vigente e propondo-se mudanças aos princípios teóricos e éticos da assistência.

Ainda em 1987 foi construído o primeiro serviço de atenção psicossocial na cidade de São Paulo, o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS, que tornou-se referência nas políticas de saúde mental e um campo de formação de profissionais no processo da reforma psiquiátrica brasileira. (AMARANTE, 2012, p. 642). O referido autor ainda explica que após a intervenção da Clínica Anchieta (SP), no dia 3 de maio de 1989, iniciou-se a construção de uma rede de serviços, estratégias e dispositivos, denominados serviços substitutivos. Foram criados Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), serviço de emergência psiquiátrica em hospital geral, projeto cultural, residência para ex-internos do hospital e cooperativa para geração de renda dos usuários.

Todo esse processo de transformação assistencial que desloca o tratamento da loucura do hospital psiquiátrico para a cidade, provocando mudanças na forma como a sociedade se relaciona com essa experiência retrata o que se intitula Reforma Psiquiátrica (CREPOP/CFP, 2013), que teve inspiração da Reforma Psiquiátrica italiana a qual entende o hospital psiquiátrico como uma instituição que violenta os direitos humanos e do cidadão e propõe a substituição progressiva dos hospitais por um rede de serviços de saúde mental.

A partir da aprovação das Portarias 189/1991 e 224/1992 do Ministério da Saúde, que normatizavam o financiamento dos novos serviços de saúde mental, deu-se a construção da política de saúde mental (COLLETI et al., 2014). A portaria nº 224/1992 oficializou as normas de funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), descrevendo suas atribuições e distinguindo-os por ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional (BRASIL, 1992).

No ano de 2001 foi promulgada a Lei Federal nº 10.216, conhecida como Lei Paulo Delgado, que oficializou o atendimento psiquiátrico comunitário no Brasil estabelecendo o tratamento mais humanizado, a proteção aos usuários de serviços de saúde mental, a

substituição gradativa dos hospitais psiquiátricos por leitos psiquiátricos e serviços abertos de saúde mental, a implantação em todo o país destes serviços substitutivos e a base do seu funcionamento (COLLETI et al., 2014).

Em dezembro de 2011, o governo brasileiro estabelece como prioridade na saúde a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que “preconiza o atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas” (CREPOP/CFP, 2013, p. 32). A RAPS é composta por: CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência e Cultura, Unidade de Acolhimento, (UA) e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, no CAPS III). Sua proposta é garantir que as pessoas com sofrimento mental circulem livremente pelos serviços, pela comunidade e pela cidade.

De acordo com Amarante (2012):

O objetivo é que os Caps funcionem articulados em rede, não apenas entre si, isto é, em rede inter-Caps, mas, e fundamentalmente, em rede com outros serviços sanitários (de saúde mental e saúde em geral) e em rede com outros serviços e dispositivos não sanitários (AMARANTE, 2012, p. 645).

A política de saúde mental também prevê a implantação de diferentes tipos de CAPS de acordo com a necessidade e número de habitantes de cada município. O CAPS I é ofertado em municípios com população de 20 mil a 70 mil habitantes e oferece atendimento diário de segunda a sexta-feira em pelo menos um período por dia. O CAPS II é facultado a municípios com 70 mil a 200 mil habitantes realizando atendimento diário de segunda a sexta-feira em dois períodos por dia. O CAPS III é um serviço de atenção à saúde mental em municípios com população superior a 200 mil habitantes com atendimento integral 24 horas. O CAPS ad é um serviço especializado para usuários de álcool e outras drogas e é oferecido em municípios com 70 mil a 200 mil habitantes. O CAPS ad III é para municípios com mais de 200 mil habitantes e realiza atendimento integral 24 horas. O CAPS i é um serviço especializado para crianças, adolescentes e jovens (até 25 anos) e é ofertado em municípios com população acima de 150 mil habitantes (BRASIL, 2011).

Do ponto de vista das práticas e intervenções profissionais em saúde mental é necessário construir dispositivos para superar o modelo asilar. O sofrimento mental é visto como uma situação limite de um processo social complexo e problemático, necessitando de transformações metodológicas e tecnológicas na assistência. Nesse sentido, a atenção psicossocial deve respeitar a necessidade de cada sujeito e proporcionar uma condição digna de cidadania (CREPOP/CFP, 2013). Para a Psicologia, “O objetivo maior desses novos



serviços e da rede substitutiva é acolher e resgatar a subjetividade de cada um e, ao mesmo tempo, possibilitar a construção de redes relacionais e de convivência social.” (CREPOP/CFP, 2013 p. 68). Nesse processo, portanto, “a vida cotidiana e os laços sociais são valorizados e retomados, caracterizando a Estratégia da Atenção Psicossocial como eminentemente territorial” (DIMENSTEIN et al., 2010, p. 1213).

No âmbito da rede de saúde mental a família é chamada a ser parceira no tratamento de seu membro, assim como tem sido requisitada em outras políticas públicas. Dessa forma, a importância de reconhecer a família como referência nas políticas públicas parte do pressuposto de que desempenha um papel fundamental no processo de constituição, desenvolvimento, crise e resolução dos problemas de saúde tanto individuais quanto coletivos (MIOTO, 2010).

Como discute Rosa (2011), a família assume o papel de parceira na organização de propostas de cuidado social, nas pesquisas, na formação e capacitação de recursos humanos e projetos de trabalho, além de planejadora, sujeito e co-autora nas decisões e ações dos serviços de saúde mental. Assim, nos dias atuais, tem sido crescente a preocupação com a dinâmica familiar do cuidado aos pacientes com sofrimento psíquico e tem aumentado as ações desenvolvidas pelos serviços de saúde que abordam as famílias como reconhecedoras das potencialidades emancipatórias de seus membros (FIRMO; JORJE, 2015).

No campo da saúde mental estudos indicam “a necessidade de dar mais suporte às famílias e/ou cuidadores, de modo a ampará-los nesse contexto de mudanças, seja na vida familiar, seja em termos de responsabilização, pelo cuidado e da relação com a equipe e serviços de atenção” (DIMENSTEIN et al., 2010, p. 1216). Delgado (2014) nos traz que a sobrecarga advinda da intensidade do cuidado contínuo dos familiares torna-se um desafio à Reforma Psiquiátrica no que se refere à oferta de resposta a essa demanda.

Dessa forma, entende-se que o cuidado em saúde mental acontece integrando a família no contexto institucional levando em consideração a vivência dos cuidadores da pessoa em sofrimento mental. De acordo com dados de pesquisa de Firmo e Jorge (2015) tanto para os usuários da saúde mental como para seus familiares o cuidar é um processo de corresponsabilidade na busca do bem-estar de quem o demanda. Delgado (2014) discute que o cuidador muitas vezes sente-se sobrecarregado e vivencia a experiência do adoecimento junto com o usuário, demandando cuidados para o restabelecimento de sua saúde física e mental. Em sua pesquisa com familiares cuidadores pôde-se perceber que o desgaste emocional produz efeitos concretos na vida cotidiana, desde o menor tempo para as atividades diárias,

lazer e cuidado de si, até menor recurso financeiro devido o comprometimento de sua rotina de trabalho.

Gomes et al. (2018) apontam como possíveis fatores de risco de adoecimento dos cuidadores de usuários da saúde mental as condições socioeconômicas e a vulnerabilidade social, precariedade dos serviços de saúde mental e o fato do familiar exercer a função de cuidado contínuo. Rosa (2011) também nos atenta para o fato de que para o grupo familiar assumir a existência de um transtorno mental em um de seus membros é gerada muita ansiedade e tensão. De acordo com Santin e Klafke (2011) a sociedade, assim como as famílias, está pouco preparada e amparada para lidar com o portador de sofrimento psíquico.

Além disso, muitas vezes a família não identifica o adoecimento de seu membro devido seu quadro psiquiátrico está dentro dos padrões aceitos socialmente e acabam classificando-os como manhoso, preguiçoso e faltoso em caráter, ou seja, a família o integra a sociedade, mas com julgamentos e cobranças (ROSA, 2011).

Dessa forma, entende-se que muitas vezes as políticas sociais responsabilizam às famílias pelo cuidado de seu membro em sofrimento psíquico, mas não as ajudam nessa tarefa. Nesse contexto, as famílias sofrem com a desresponsabilização crescente do Estado nas políticas sociais, fato cada vez mais sentido pelos contextos familiares mais vulneráveis (GOMES; SANTOS, 2016). Ademais, as políticas sociais também responsabilizam as famílias por sua situação de vulnerabilidade (CAVALCANTI et al., 2013).

Contudo, é importante ressaltar que a política de saúde mental teve grandes avanços, pois em tempos anteriores o sujeito era separado de seus familiares e isso lhe trazia grandes prejuízos, pois lhe era tirado o direito de convivência familiar e comunitária no momento em que estava vivenciando um sofrimento psíquico.

Compreendendo a responsabilidade atribuída à família no tratamento do usuário de saúde mental e também o lugar que deve ocupar enquanto usuária dos serviços, tendo em vista que ela também possui demanda de diferentes ordens, buscou-se compreender como familiares vivenciam a experiência de cuidar de outro familiar em sofrimento psíquico.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória, com abordagem qualitativa. Participaram do estudo cinco familiares que eram cuidadores diretos de usuários do CAPS III, em Campina Grande/PB. A coleta de dados foi realizada através de um encontro com grupo focal, uma vez que este possibilita a compreensão dos processos de construção da realidade vivenciada pelos cuidadores. De acordo com Lopes (2014) a pesquisa com grupo focal nos

traz a possibilidade de perceber diferentes perspectivas em uma mesma questão, assim como compreender práticas cotidianas, atitudes e comportamentos que são relevantes no estudo da questão proposta.

Após a autorização da Secretaria Municipal de Saúde e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), a pesquisa foi apresentada ao CAPS III e, com o auxílio dos técnicos, foi realizado contato com os familiares para convidá-los a participarem do estudo. O grupo focal foi conduzido pela pesquisadora, com o auxílio de uma psicóloga voluntária, que propôs uma discussão sobre as experiências vivenciadas no que se refere ao cuidado aos seus familiares em sofrimento psíquico. Mediante consentimento, foi iniciado o grupo e realizada a gravação da voz com uso de um gravador e um aparelho smartphone. Os dados foram transcritos na íntegra para análise.

Como proposta de análise de dados, foi utilizada a análise de conteúdo temática de Bardin (2010), a qual pode ser considerada como um conjunto de técnicas das comunicações com procedimentos sistemáticos e objetivos para descrever o conteúdo da mensagem. Esse método acontece por meio de algumas etapas; leitura flutuante, seleção das unidades de análises ou unidades de registro, codificação e construção de subcategorias e categorias.

A pesquisa foi realizada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Paraíba (UEPB) (sob o registro do CAAE: 83345518.9.0000.5187) respeitando os procedimentos éticos de pesquisa com seres humanos, conforme resolução 466/12 do CNS/MS e aprovação da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande e foi explicado e fornecido a cada participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual continha informações sobre a pesquisa, constando o título e objetivo da pesquisa, além da observação da não obrigatoriedade em participar desse estudo. Apenas após a aceitação de cada sujeito foi realizado o grupo focal.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Participaram do grupo três homens e duas mulheres com idades entre 48 e 67 anos. Quanto à escolaridade, um deles não foi alfabetizado e os demais tinham o ensino fundamental incompleto. No que se refere ao estado civil, dois deles eram viúvos, dois viviam em união estável e um era casado. Ao declararem sua cor, dois deles se consideraram brancos, um pardo, e dois morenos claros. Quanto à religião, um era evangélico e os demais católicos. Todos eles disseram ter filhos, variando entre um a oito. No que diz respeito ao número de pessoas que residiam em sua casa, esse resultado variou entre duas a oito pessoas. A renda familiar de todos eles era de um a dois salários mínimos, e levando em consideração o grau de

parentesco com o sujeito em sofrimento mental identificamos dois pais, dois cônjuges e um irmão.

Ao longo da análise dos relatos dos sujeitos foram construídas as seguintes categorias: mudanças, dificuldades, estratégias de enfrentamento, apoio, o familiar em sofrimento psíquico, expectativas futuras e serviços institucionais.

Quanto às **mudanças** que ocorreram a partir da experiência de cuidado, o compromisso de cuidar foi o mais citado:

*Muda né? Que a pessoa tem mais compromisso sério né? Tem um compromisso mais sério com o irmão da pessoa porque lá em casa depois que pai e mãe faleceu aí ficou eu com ele nas minhas costas, sabe? (Sujeito 1).*

*[...] o juiz me deu essa, essa interdição de curatela. Então, como eu sou casado foi a pessoa mais ideal, não deu pra irmão que o irmão não tem condição, o próprio especialista conhece ela, disse: seu irmão não tem condição, tem que ser seu marido. Então, mudou. Com outras pessoas que eu convivi não tinha esses problema, era pra lá e ela tem que ser, como eu disse, pro resto da vida (Sujeito 2).*

O compromisso de tornar-se cuidador pode acontecer por diferentes motivos: pela morte dos genitores do usuário; pela interdição judicial do familiar em sofrimento psíquico; e pela falta de ter outros membros na família que possam se responsabilizar pelo cuidado.

Outras mudanças também ocorreram como exercer a vigilância constante, além da inversão de papéis no âmbito familiar:

*Tudo, que a gente tem, um esposo que é a estrutura da casa, né? Aí quando acontece uma coisa dessa, o templo cai, e, só pra mim só (Sujeito 3).*

Gomes et al. (2018) discutem sobre as mudanças ocorridas no sistema familiar do usuário de saúde mental e chama atenção para os impactos dessas mudanças na vida do cuidador, que na maioria das vezes não tem com quem compartilhar seu sofrimento. Dessa forma, o compromisso de cuidar do familiar sem apoio de outras pessoas torna a experiência difícil.

No que diz respeito às **dificuldades** que os familiares enfrentam destaca-se, primeiramente, a relação de dependência que implica, muitas vezes, uma vigilância constante da pessoa em sofrimento psíquico.

*Eu não posso deixar ela ir a certos cantos só, a certos tipos de lugares só, viagem, só comigo e a responsabilidade muito grande sobre mim, por causa que eu tenho uma curatela dela e qualquer coisa me prejudica (Sujeito 2).*

Como consequência desta relação de dependência, surgem outras dificuldades como a sobrecarga, o fato de não poder trabalhar, a desconfiança de outros, o adoecimento, a angústia e o medo.

*Tem dia que ele tá tão perturbado, que só Jesus na causa. Os filho dele ficava, tava comigo, depois que aconteceu essas coisa, só ficou eu e minha irmã, eu não posso nem sair de casa (Sujeito 3).*

A sobrecarga revela-se a partir do sentimento de estar praticamente sozinho no cuidado ao parente e como também constatou Delgado (2014) em pesquisa realizada com familiares de usuários de um CAPS.

Pelo fato de exercer o cuidado sozinho ou mesmo de se sentir o principal responsável pelo familiar em sofrimento, instaura-se a relação de dependência que impede o cuidador de trabalhar, modificando, assim, sua rotina.

*[...] minha família não se importa com minha vida não, a não ser eu que sou o pai dele. Porque o resto das minhas irmã que tem, tem duas irmã, as irmã não querem nem saber, os irmão muito pior. O outro disse: eu não quero fulano, você não traga ele praqui que eu não quero ele aqui não, você tem que ficar ai mais ele. Ai fiquei nisso, sozinho tomando de conta, as vez eu vou, eu não posso sair pra fora pra trabalhar, porque se eu sair fico com cuidado de deixar ele em casa, que ele sai, esse povo é assim, num sabe (Sujeito 5).*

A pesquisa de Gomes et al. (2018) também demonstrou que a rotina dos cuidadores foi modificada, impedindo de exercerem atividade remunerada devido à necessidade de dispensar cuidado integral ao sujeito em sofrimento mental, principalmente porque vários outros familiares se afastaram.

Também foi possível constatar que em alguns casos o familiar sente-se fiscalizado pela vizinhança. Um deles ressaltou que em determinado momento os vizinhos chamaram o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para averiguar o que estava acontecendo na casa do usuário.

*[...]mudou por causa de sistema de vizinhos porque se eles, acho, sabe que eu tenho uma pessoa com problema dentro de casa, e eu já fui... Samu, já foi na minha porta, porque vizinho pensa que sou eu dentro de casa, já foi [...] Ontem mesmo eu vi uma insinuação, quando ela saiu, eu fiquei sentado aí na área, dá pra ir até na esquina do outro lado pegar o pão eu disse: pronto vá, foi buscar. Que a gente manda sempre fazer alguma coisa, eu vejo insinuação das pessoa, isso me deixa tão, assim, fechado (Sujeito 2).*

O cuidador muitas vezes utiliza como estratégia o pedido de ajuda aos vizinhos, ou seja, busca por suporte na própria comunidade (DELGADO, 2014; KEBBE et al., 2014). O fato de não poder contar com os vizinhos dificulta ainda mais a experiência, aumentando a

sobrecarga desses cuidadores. Moré (2005) reforça a importância de uma rede de suporte para uma pessoa ou família que se encontra em um momento de crise, destacando a importância das relações estabelecidas com o entorno social no processo de cuidado de um familiar em sofrimento psíquico.

Uma outra dificuldade identificada diz respeito ao adoecimento do próprio cuidador, que surge com a sobrecarga da experiência:

*Eu já quis desfazer o casamento pra deixar ela com uma pessoa da família, mas não tem não, eu tenho que sustentar, tem que segurar até pela minha vida. Ai, às vezes eu também perco o sono, a pessoa também com as coisa dela tudinho eu perco o sono, eu tomo um tranqüilizante pra me ajudar no sono. O médico mesmo passa pra mim aqui (Sujeito 2).*

A tarefa de cuidar resulta em demanda tanto física quanto emocional (FAVA et al., 2014) e o fato de não saber até quando irá esta responsabilidade pode fazer emergir o sentimento de desesperança e tristeza.

De acordo com pesquisa de Gomes et al. (2018) existem aspectos do cuidado que influenciam a qualidade de vida e a saúde dos cuidadores tais como interrupções e/ou qualidade do sono. Nesse sentido, os cuidadores também se tornam alvo dos serviços de saúde mental devido ao fato de não encontrarem tempo para cuidarem de si mediante tantos desafios (KEBBE et al., 2014).

A partir do momento em que se tornaram cuidadores, o medo e a vigilância constante passaram a fazer parte de sua rotina. Esses sentimentos dizem respeito tanto às relações em comunidade quanto nas relações estabelecidas com os serviços de acolhimento ao seu familiar.

*[...] Porque antigamente eu ficava dum jeito que ele saía, sabe, assim pra rua? Encostava o pessoal na minha casa: aquele rapaz é seu filho? Eu disse: é. Porque ele fez assim, assim, assim e a gente vai chamar a polícia pra levar (Sujeito 5).*

*É por isso mesmo que os CAPS, no caso que tá acontecendo, que no começo eu não aceitava as situação, sabe? Ficava gritando muito, ficava se batendo. Mudou muito, eu tenho que tomar muito cuidado, não é? Com essas coisa (Sujeito 2).*

Também foi identificado em pesquisa de Sant'Ana et al. (2011) que em situações de descontrole do sujeito em sofrimento psíquico é gerado um clima de intranqüilidade em toda a família envolvida, explicitando-se através de sentimentos de medo e insegurança.

Como **estratégias de enfrentamento** para lidar com tal experiência de cuidado foram apontadas: ficar sozinho/relaxar, não contrariar o usuário, ameaçar e trabalhar em casa.

*Se não dá certo uma coisa, eu vou lá, faço, concerto, ajeito, pra não ter que mandar, pra ela não ter umas palavra alta (Sujeito 2).*

*[...] eu já vivo agoniado e digo: sabe duma coisa, tem horas que eu tou meio estressado e digo: sabe duma coisa, eu vou é embora você vai ficar aí no meio da rua, que eu vou é embora, num quero nem saber, num vou tomar de conta desse negócio mais não, num aguento mais não, que um camarada desse num casa, é muito difícil (Sujeito 5).*

As estratégias estão relacionadas com o alívio da sobrecarga no sentido de tornar a vida mais leve (DELGADO, 2014). Contudo, nem sempre elas são eficazes a ponto de minimizar o sofrimento advindo da sobrecarga e podem até dificultar o relacionamento entre cuidador e o familiar em sofrimento psíquico.

De um modo geral, constata-se a singularidade de cada familiar ao lidar com o sujeito em sofrimento. Embora todos se sintam sobrecarregados, usam diferentes estratégias que possivelmente indicam vivências, desafios e relacionamentos peculiares.

No que diz respeito ao apoio recebido por esses familiares destacam-se as instituições públicas e o cônjuge como suportes principais, seguido também de outros familiares como irmã e nora.

*[...] É bem interessante porque o pessoal do CRAS já conhece ela. Já conhece ela e fica um bom tempo com ela lá conversando, aí distrai ela também, só em casa eu fico mais, né (Sujeito2).*

É necessário destacar que instituições públicas, de outra política pública, são fontes de apoio. Tal fato indica que o usuário também é atendido por outros serviços que vão além do atendimento realizado pelo CAPS, apontando para sua inserção na comunidade como preconizado pela política de Saúde mental (BRASIL, 2001). Assim, as ações intersetoriais têm como característica a articulação entre os serviços de saúde mental, saúde, outras políticas públicas e programas que busquem atender as necessidades de saúde e cidadania dos usuários (SCHEFFER; SILVA, 2014).

O cônjuge, geralmente mulher, também se destaca como apoio ao cuidador no que se refere às atividades domésticas como o preparo da comida e higiene das roupas do usuário.

*Lá em casa é eu e minha esposa porque nós mora conjugado, a gente mora de conjugado, sabe? Ai ela faz, ela é quem resolve as comida, né? Comida esses negócio pra dar a ele, porque eu trabalho (Sujeito 1).*

*[...] quem ajuda é só a madrastra mesmo, ela lava roupa pra ele, cuida na comida, dar pra ele, somente (Sujeito 5).*

Quanto ao **apoio** dispensado por outros familiares percebe-se que o mesmo acontece, mas em algumas situações ele não é suficiente:

*[...] o meu tem a esposa dele, né? Ela é quem cuida dele, mas quando ela não tem paciência, boto lá pra casa (Sujeito 4).*

A partir da fala dos sujeitos entende-se que poucos familiares se envolvem no cuidado o que se presume a necessidade que esses cuidadores têm de serem apoiados pelos serviços de atendimento em saúde mental, no intuito de tecer a rede entre os familiares e entre a família e a comunidade. Ressalta-se aqui a intolerância proveniente da própria família do usuário que pode ser explicada por alguns fatores como poucas condições de cuidador e preconceito em relação à pessoa em sofrimento psíquico. Compreender a dinâmica dessas famílias, portanto, torna-se necessário para se compreender o fenômeno de afastamento dos familiares e atuar no sentido de fortalecer esse grupo.

No que se refere à categoria **o familiar em sofrimento psíquico** foram construídas duas subcategorias: visão e diagnóstico. Apenas um sujeito caracterizou este ator social como tranquilo, afirmando que ele também mantinha uma boa relação com os demais familiares. Por outro lado, a maioria considera os usuários familiares como dependente seguido de incapaz, vulnerável, violento, perturbado e irresponsável. Também são considerados com descrédito e incômodo por parte de outros familiares ou da família extensa.

*Então é uma responsabilidade muito grande que eu tenho porque... e os cuidado, os cuidado em casa que ela tem uns problema com as depressão, as coisa, mas não todo dia, mas sempre essas coisa, diferenciado são essas pessoa e, o retardo dela (Sujeito 2).*

*Hoje mesmo eu já notei que ele chegou meio brabo, que ele tava com a moto [...]Ele já começou a xingar. Eu falei [nome do usuário] tenha paciência. Paciência nada, eu dou um murro na cabeça dela que eu já mato logo. Ele é assim, ele é muito nervoso. Ele, desde que era pequeno que eu venho fazendo exame [...]se ele não tomar o remédio fica doidinho. Bateu no muro na rua, quase matou, deu um... Esse pessoal tem uma força danada. Lá em casa sou eu, ele e um menino meu que segura porque os outros pode falar com ele, ele não atende não./ E as irmãs fica: é porque [nome do usuário]não tem nada não, de doido não[...] todos diz que ele é bom porque ele não aparenta ter a doença que ele tem, mas só eu sei (Sujeito 4).*

*Porque o resto das minhas irmã que tem, tem duas irmã, as irmã não querem nem saber, os irmão... muito pior. O outro disse: eu não quero fulano, você não traga ele praqui que eu não quero ele aqui não, você tem que ficar aí mais ele (Sujeito 5).*



Os relatos, de um modo geral, revelam processos de exclusão da pessoa em sofrimento mental na própria família, chegando ao ponto de familiares não quererem nem ter contato com o usuário, fazendo advertências ao cuidador para não incomodá-los com sua presença. O estereótipo negativo da pessoa em sofrimento mental comumente contribui para o preconceito e discriminação social, mesmo que de forma sutil. Isso também foi confirmado a partir de pesquisa de Colvero et al. (2004), em que os familiares descrevem o sujeito em sofrimento mental como um estranho que não se comporta de acordo com as normas sociais e familiares. Dessa forma, acredita-se na existência de preconceitos e processos de exclusão dentro de sua própria família o que também foi identificado em pesquisa de Delgado (2014), na qual o preconceito foi muito relatado nas narrativas dos participantes.

Ao falarem sobre o diagnóstico, os familiares usam os sintomas mais frequentes do usuário, principalmente convulsão e perturbação/distúrbio mental. Embora menos frequente, retardo mental e transtorno como uma seqüela de meningite foram também mencionados.

*Aí começou com aquilo, começou com uns passamento, caía, sabe, no chão, começava a dar umas agonia e ele botou pra beber, aqui, acolá, botava cachaça na boca (Sujeito 5).*

*O meu já nasceu assim. Ele tinha, ele tem um desvio mental. E, aí ele teve uma meningite. Aí acabou de ajudar a coisa dele (Sujeito 4).*

*[...] isso foi acidente que ele teve quando era novo. Ele era gêmeos, aí era bom de saúde, aí teve um acidente, só não sei dizer quantos anos ele tinha. Aí pronto, com mais tempo pra frente...Mas nesse tempo mamãe e pai era vivo ainda, aí deu uma convulsão. Ficou meio pirado mesmo, chegou a ser internado até quando o João Ribeiro ainda funcionava, faz muitos anos isso [...] (Sujeito 1).*

Interessante destacar que nenhum deles mencionou o nome científico dos transtornos, limitando-se apenas a falar sobre como se manifesta o sofrimento, como se comporta cada sujeito e o período que tudo começou. Isso também foi identificado em pesquisa de Budini e Cardoso (2012) na qual as autoras apontam que os familiares relatam o sofrimento psíquico de seus parentes a partir dos sintomas apresentados e citam as experiências diárias vividas com o usuário de saúde mental. O discurso dos familiares também retrata uma visão biologicista do transtorno mental na medida em que tentam explicar os sintomas e comportamentos a partir de outras doenças ou sintomas fisiológicos.

No que diz respeito às **expectativas futuras** dos cuidadores com relação ao usuário e ao cuidado foram apontadas: divórcio, não ser mais o cuidador responsável, cura e reabilitação social do usuário e resignação.

*Se eu pudesse mudar algo? O que eu faria, desfazer aquele civil não pode, porque se fizer ela se mata, se mata. O que eu poderia fazer de algo melhor se eu pudesse, se tivesse uma pessoa dentro da família se ela se desse com ela pra que passasse essa curatela de interdição pra essa pessoa, não importa o que ela recebe se é salário, se não é, pra essa pessoa, porque se falar esse civil pra cima dela, não fale não que parece que ela segura a vida em cima de mim e não quer soltar. Pra mim me livrar da situação, pra mim tirar essa responsabilidade, eu tenho que trazer ela pra cá, fazer e tudo, essa reunião, pra mim liberar minha cabeça e melhorar o que eu poderia fazer era isso, mas não tem como eu conseguir (Sujeito 2).*

*[...] eu vou ver se eu consigo passar essa curatela que eu tenho pra ela porque ela é mais responsável, ela pode, é nova, e ela pode vim com ele direto aqui, né (Sujeito 4).*

*O que eu queria que Jesus mudasse na minha vida era [nome do usuário] ficasse bom de uma vez, acabasse com essas coisa, procurasse um serviço pra trabalhar, procurar um outro meio pra arrumar uma pessoa, uma companheira pra ele, pra ver se mudava a vida dele, porque só nessa vida só, só dentro de casa comigo e a madrastra (Sujeito 5).*

*Eu não sei explicar não porque é, só como eu já disse mesmo eu vou levar até quando Deus quiser, como eu já disse um bocado de vez já e pronto (Sujeito 1).*

Em todas essas falas percebe-se que o cuidador vive em situação de sofrimento e que aponta algumas alternativas para que possa sair dessa situação, seja abrindo mão da responsabilidade principal de cuidador ou mesmo desejando a cura e a reabilitação social do seu familiar em sofrimento psíquico.

Interessante destacar que um participante não soube falar sobre o que espera do futuro:

*[...] eu não sei mais da vida, não sei mais nem explicar mais nada, sei não (Sujeito 3).*

Esta fala pode revelar falta de esperança em relação ao futuro, de si e do familiar que necessita de cuidados. Também pode estar revelando um desdobramento da sobrecarga e a falta de condições emocionais para continuar o seu papel de cuidador, indicando a necessidade urgente de atenção dos profissionais de saúde.

Ao falarem sobre os **serviços institucionais** que esses usuários já passaram foram citados os seguintes: Hospital João Ribeiro, Hospital Dr. Maia, CRAS, PSF e Hospital Judiciário. Percebe-se que a utilização de Hospitais Psiquiátricos ainda é muito recorrente no tratamento à saúde mental.

*[...] chegou a ser internado até quando o João Ribeiro ainda funcionava, faz muitos anos isso. Ai pronto, passou um tempo lá no João Ribeiro, ai veio pra casa, ai ficou bom. Depois deu de novo ai teve que levar pra Doutor Maia. Já foi internado em Doutor Maia umas duas vezes. Agora ele não... graças a Deus ele tá tomando o*

*remédio tudo certinho. Aí não, não vai mais não. Porque ali, ali, só quem sabe é quem tá ali dentro. Mas, graças a Deus, mas tá bom demais, ele não é agressivo com nada, tranquilo (Sujeito 1).*

*Aí ele passou três ano internado lá em João Pessoa, fazia o tratamento era no Hospital Judiciário, lá em João pessoa (Sujeito 5).*

*Eu já até apanhei dela, entendeu? Mas eu evito, seguro, pra não ter que, internamento. Porque o que a gente sabe aí é triste, bateu ali dentro e eu digo: ela vai sofrer muito mais do que tá em casa. Então eu seguro minha parte, fico quieto, calado, quando eu... (Sujeito 2).*

*O meu já teve crise, forte, aí queriam internar. Eu falei: não, meu filho vai não, fica aqui. Eles judiam, eles sofre lá, eles apanha dos outro, eles toma o remédio fica bom, aí, apanha dos outro, sabe que vai apanhar. Eu já tive uma também que foi minha mãe e a gente internou a gente sabe o que foi que ela sofreu lá dentro (Sujeito 4).*

Dentre todos esses relatos que dizem respeito à internação, os sujeitos parecem concordar que o sofrimento mental está envolvido com uma tendência à violência e que em casos graves a internação tem eficiência, embora acreditem que quanto mais se puder evitá-la melhor para o usuário, pois o Hospital Psiquiátrico é visto como lugar de grande sofrimento. Dessa forma, podemos constatar que esses familiares têm consciência do que ocorre na internação e buscam meios para evitá-la. Assim, constata-se que embora o hospital psiquiátrico ainda faça parte da rede de saúde mental ele é visto pelos familiares como algo negativo. Interessante destacar que esses dados também foram confirmados em pesquisa de Maciel et al. (2011), na qual os familiares de usuários de um CAPS também demonstraram ter uma visão negativa do hospital psiquiátrico.

Além do hospital psiquiátrico, também foram citadas instituições públicas que atenderam os usuários antes da chegada no serviço, tanto na rede básica de saúde como na política de assistência social.

*Foi através do CRAS que enviou pra cá, quer dizer, o PSF não tava dando certo (Sujeito 2).*

Os relatos indicam a inexistência de uma equipe de saúde de referência e também de apoio matricial (CAMPOS; DOMITTI, 2007) na atenção básica, mas sim a lógica tradicional de encaminhamentos (referência e contra-referência). A família, portanto, não possui uma equipe a quem possa recorrer cotidianamente e atuar junto ao serviço da atenção secundária (CAPS). De acordo com Teixeira (2010), as ações intersetoriais devem ir além de apenas encaminhar e garantir atendimento, mas também reorganizar os serviços de acordo com as

demandas das famílias. Assim, pode-se mencionar que o objetivo da RAPS de garantir a articulação e integração aos pontos da rede de atenção à saúde no município não está sendo alcançado de forma efetiva.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Por meio deste estudo foi possível apreender alguns aspectos das experiências de familiares que são cuidadores de um sujeito em sofrimento psíquico. Os dados dizem respeito não apenas à vivência do cuidador a partir de uma dimensão individual, mas ressaltam a importância e indissociabilidade de diferentes contextos e atores sociais, como a família e os serviços oferecidos pelas políticas públicas, principalmente no contexto da saúde pública.

Os obstáculos enfrentados pelo cuidador se apresentam das mais variadas formas desde a relação conturbada do usuário com outros familiares até a relação do cuidador com a comunidade. A sobrecarga, a falta de uma rede de apoio suficiente, os entraves dos serviços públicos de saúde, somados ao preconceito em relação à pessoa em sofrimento psíquico, torna a experiência difícil e de risco de adoecimento para vários familiares.

Embora eles frequentem serviços de saúde como o CAPS, torna-se importante problematizar a assistência oferecida a essas famílias e as ações intersetoriais a partir de suas demandas. É preciso reconhecer as condições e dinâmicas de cada família e os processos psicossociais que incidem em cada uma delas que dirimem suas potencialidades e fomentam cada vez mais suas fragilidades, antes de simplesmente atribuir a mesma a principal responsabilidade pelo tratamento do familiar em sofrimento psíquico. Resta, portanto, uma grande questão: até que ponto as políticas públicas de saúde estão cumprindo a função de proporcionar apoio ao familiar do usuário de saúde mental? E até que ponto os psicólogos e demais profissionais estão preparados para lidar com as demandas dessas famílias a partir de uma visão psicossocial, de fato?

## **THE EXPERIENCE OF TAKING CARE OF A RELATIVE WITH PSYCHIC SUFFERING**

### **ABSTRACT**

Considering the person with psychic suffering as a subject that demands care of others given its fragile emotional and demands resulting from this condition, this study aims to comprehend the experience of taking care of a relative with psychic suffering. This is a descriptive and exploratory research, with a qualitative approach. Five relatives that were

direct caretakers of CAPS III users participated in this study, in Campina Grande-PB. Focus group was proposed as the methodology of data collection. The data was submitted to theme content analysis, and, through that, it was possible to build the following categories: changes, difficulties, confronting strategies, support, the relative in psychic suffering, future expectations and institutional services. The care-giving experience revealed obstacles that have been shown in different ways: a commitment that generates a relationship of dependency, difficulties in relation with the person in psychic suffering and neighbors, overflowed for doing caregiving alone, the fact of being unable to work, among others. Although they use some confronting strategies, such as being alone, trying to relax, prevent defying or even threats, the suffering of caretakers persisted. Although they attend health services such as CAPS, it is important to problematize the assistance given to those families as well as intersectional actions based on its demands. It is necessary to recognize the conditions and dynamics of every single family and the psychosocial processes that fall upon on each of them before just accrediting it the main responsibility for the treating of the relative in psychic suffering.

**Keywords:** Family. Caregiver. Psychic suffering

### REFERÊNCIAS:

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado**. In.: GIOVANELLA, Lígia, et al.. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 635-655.

BARBOUR, Rosaline. **Grupos focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009, 216p.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.

BUDINI, Camila Rafaela; CARDOSO, Cassandra. Concepções de doença mental por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. **Perspectiva**. Erechim, v. 36, n. 136, p. 143-154, dez./2012. Disponível em: <[http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/136\\_315.pdf](http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/136_315.pdf)>. Acesso em: 29 mai. 2018.

BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. **Portaria SNAS nº 224/1992**. Brasília: MS, 1992.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.206, de 06 de abril de 2001**. Brasília: 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3088/2011-**, preconiza o atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Brasília: MS, 2011.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2018.

CAVALCANTI, Karla Maria Gomes et al.. A centralidade da família nas políticas sociais brasileiras. **Cadernos de Graduação** – Ciências Humanas e Sociais Fits. Maceió: v.1, n. 2, p. 23-35, mai. 2013. Disponível em:<<https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitshumanas/article/view/698/386>>. Acesso em: 14 jul. 2018.

COLLETI, M. et al.. A Reforma Psiquiátrica e o papel da família no restabelecimento de um sujeito psicótico. SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo. **Revista da SPAGESP**, v. 15, n. 1, p.123-135, 2014. Disponível em:<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-29702014000100010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702014000100010)>. Acesso em:08 ago. 2017.

COLVERO, Luciana de Almeida; IDE, Cilene Aparecida Costardi; ROLIM, Marli Alves. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Revista Escola Enfermagem USP**, v.38, n.2, p. 197-205, 2004. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n2/11.pdf>>. Acesso em: 28 mai. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas – CREPOP. **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(os) no CAPS- Centro de Atenção Psicossocial**, Brasília, 2013.

DELGADO, Pedro Gabriel. Sobrecarga do cuidado, solidariedade e estratégia de lida na experiência de familiares de Centros de Atenção Psicossocial. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1103-1126, 2014. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n4/0103-7331-physis-24-04-01103.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2017.

DIMENSTEIN, Magda et al. Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1209-1226, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n4/a08v20n4.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2018.

FAVA, Mariana Caramore; SILVA, Nilson Rogerio; SILVA, Meire Luci. Avaliação da sobrecarga em cuidadores familiares de pacientes de um centro de atenção psicossocial. **Barbarói**. Santa Cruz do Sul, n. 41, p. 41-55, jul./dez. 2014. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/4690/3872>>. Acesso em: 16 mai. 2018.

FIRMO, Andréa Acioly Maia; JORGE, Maria Salete Bessa. Experiências dos cuidadores de pessoas com adoecimento psíquico em face à reforma psiquiátrica: produção do cuidado, autonomia, empoderamento e resolubilidade. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n.1, p.217-231, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-12902015000100217&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-12902015000100217&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 08 ago. 2017.

GOMES, Maria Lovâni Pereira; SILVA, José Carlos Barboza da; BATISTA, Eraldo Carlos. Escutando quem cuida: quando o cuidado afeta a saúde do cuidador em saúde mental. **Revista Psicologia e Saúde**. V. 10, n. 1, p. 3-17, jan./abr. 2018. Disponível em: <<http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/view/530/pdf>>. Acesso em: 16 mai. 2018.

GOMES, Tarcisa Bezerra; SANTOS, João Bosco Feitosa dos. Dilemas e vicissitudes de famílias em situação de vulnerabilidade social no contexto da desinstitucionalização psiquiátrica. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.26, n.1, p. 271-287, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n1/0103-7331-physis-26-01-00271.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2018.

KEBBE, Leonardo Martins; et al. Cuidando do familiar com transtorno mental: desafios percebidos pelos cuidadores sobre as tarefas de cuidar. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 494-505, jul./set. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n102/0103-1104-sdeb-38-102-0494.pdf>>. Acesso em: 16 mai. 2018.

LOPES, Bernarda Elane Madureira. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais. **Revista Educação e Políticas em Debate**, v. 3, n. 2, p. 482-492, ago./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/revistaeducapoliticas/article/viewFile/30290/16545>>. Acesso em: 05 nov. 2017.

MACIEL, Silvana Carneiro et al. Representações sociais de familiares acerca da loucura e do hospital psiquiátrico. **Temas em Psicologia**. V. 19, n. 1, p.193 – 204, 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v19n1/v19n1a15.pdf>>. Acesso em: 31 mai. 2018.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. A família como referência nas políticas públicas: dilemas e tendências. In: TRAD, Leny A. Bonfim (Org.). **Família Contemporânea e Saúde: significados, práticas e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Editor Fiocruz, 2010, p. 51-66.

MORÉ, Carmen L. Ojeda Ocampo. As redes significativas como instrumento de intervenção psicológica no contexto comunitário. **Padéia**. V. 15, n. 1, p.287-297, mai/ago 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v15n31/16.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2018.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 3ª Ed., 2011, 367p.

SANT'ANA, Marília Mazzuco et al.. O significado de ser familiar cuidador do portador de transtorno mental. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis: v. 20, n. 1, p. 50-58, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/06.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2018.

SANTIN, Gisele; KLAFKE, Teresinha Eduardes. A família e o cuidado em saúde mental. **Barbarói**. Santa Cruz do Sul: n. 34, p. 146-160, jan./jul. 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/barbaroi/n34/n34a09.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2017.

SCHEFFER, Graziela; SILVA, Lahana Gomes. Saúde mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. **Serviço social e Sociedade**. São Paulo: n.118, p.366-393, abr./jun. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n118/a08n118.pdf>>. Acesso em: 28 mai. 2018.

TEIXEIRA, Solange Maria. Políticas públicas para a família: o desafio da superação do subdesenvolvimento em serviços de apoio à família. **SER Social**. Brasília: v. 12, n. 27, p.63-87, jul/dez 2010. Disponível em: <[http://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/4137/3448](http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/4137/3448)>. Acesso em: 14 jul. 2018.