

A CONSIDERAÇÃO DOS ENCARGOS FAMILIARES NA BUSCA DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL^a

Maria Alice Ornellas PEREIRA^b

Renata Bigatti BELLIZZOTI^c

RESUMO

O processo de transformação da assistência em psiquiatria evidencia a família como um importante componente. Este estudo de caráter exploratório teve como objetivo identificar a sobrecarga da família na convivência com a pessoa portadora de transtornos mentais. Foram entrevistados treze familiares de pacientes internados ou egressos de um hospital psiquiátrico. Identificamos a sobrecarga vivida, acrescida pela carência de suporte do sistema de saúde. Estes fatores contrastam com a visão da família como importante rede social, e dificultam a convivência com a pessoa acometida pelo transtorno mental, denotando o amplo campo de possibilidades de atuação do enfermeiro.

Descritores: enfermagem; doença mental; família; reabilitação.

RESUMEN

El proceso de transformación del cuidado en psiquiatría evidencia la familia como un importante componente. Este estudio de carácter exploratorio tuvo como objetivo identificar la sobrecarga de la familia en la convivencia con la persona portadora de trastornos mentales. Fueron entrevistados trece familiares de pacientes internados o egresados de un hospital psiquiátrico. Identificamos la sobrecarga vivida, intensificada por la carencia de soporte del sistema salud. Estos factores contrastan con la visión de la familia, como importante red social, y dificultan la convivencia con la persona afectada por el trastorno mental, denotando el amplio campo de posibilidades de actuación del enfermero.

Descriptor: enfermería; enfermedad mental; familia; rehabilitación.

Título: Considerando los encargos familiares en la busca de rehabilitación psicossocial.

ABSTRACT

The current transformation of psychiatric assistance has focused on the family as an important factor. This exploratory study had the objective to identify the family's overload produced by the relationship with the person who has mental problems. Thirteen families of hospitalized patients were interviewed. We have identified in their reports the overload of commitments that they experienced while treating the patient before/after the hospitalization, added to the lack of support given by the health system. The nursing professional has an opportunity of working with the family of the patient, helping to solve the problems and revealing the importance of reestablishing the patient's social network along the rehabilitation process.

Descriptors: nursing; mental illness; family; rehabilitation.

Title: Considering family commitments in the process of psycho-social rehabilitation.

^a Pesquisa realizada através do Programa Nacional de Bolsa de Iniciação Científica (PIBIC) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP) – Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq).

^b Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista (UNESP), Campus de Botucatu.

^c Aluna do quinto semestre de graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

1 INTRODUÇÃO

Uma nova forma de assistência psiquiátrica embasada nos preceitos da Reforma Psiquiátrica vem sendo pouco a pouco efetivada nos serviços de saúde do país que criam possibilidade de transformação e construção de um outro saber, pautado no acolhimento, na humanização e na reintegração do homem no contexto social.

À medida que os serviços ampliam sua extensão e visualizam a importância de projetos terapêuticos, a família aparece como protagonista das estratégias de cuidado, tornando-se parte do processo reabilitativo que visa à promoção da pessoa, aumenta as habilidades e impulsiona a criação de um sistema continuado de apoio social.

Saraceno fala da importância das habilidades de redes sociais disponíveis e coloca o núcleo familiar como uma importante célula desse processo, referindo que o sofrimento da família influencia o funcionamento da rede ampliada⁽¹⁾. Portanto, as reais intervenções no espaço da família podem gerar expansões da rede.

Fallon, Magliano e Morosini ressaltam que é essencial que o profissional mantenha relação com as famílias, envolvendo-as na experiência da busca da autonomia do paciente psiquiátrico⁽²⁾.

Segundo Saraceno, “uma intervenção sobre a psicose tem sentido, desde que conduzida sobre todo o campo, influenciando assim sobre a complexa constelação de variáveis que constituem os fatores de risco e os de proteção”^(1:111). O mesmo autor entende a reabilitação psicossocial como um conjunto de estratégias orientadas que visam aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos e considera que somente no interior de tais dinâmicas de trocas é que se cria um efeito habilitador. A inserção do núcleo familiar neste percurso traz à tona a própria vulnerabilidade da família, evidenciada na dinâmica dos laços afetivos fragilizados e com-

prometidos pelo impacto do convívio, com questões advindas do transtorno mental. Esta convivência, no decorrer do tempo, pode causar danos ao aspecto psicológico, à organização cotidiana da vida, como também ao aspecto econômico da família.

As intervenções na família deveriam reduzir os riscos de recaída do paciente, melhorar a qualidade de vida destes e dos seus familiares, auxiliando-os no aprendizado de manejos que podem minimizar os sintomas⁽¹⁾. Vemos que a enfermagem tem um campo amplo de possibilidades de atuação nesta área podendo dentro de uma postura acolhedora estabelecer vínculos, escutar o paciente e família, a fim de diminuir as distâncias e criar possibilidades para orientações a respeito do convívio com a doença mental. Neste convívio está implícito o conhecimento/entendimento dos sintomas, a ajuda no tratamento através da compreensão das condutas, visando ao equilíbrio do núcleo familiar.

Ouvindo familiares de pacientes esquizofrênicos, Villares ressalta a distância que há entre o discurso médico e a família, e também a dificuldade de compreensão do processo de doença⁽³⁾.

Os processos reflexivos trazidos pelas teorias, juntamente com o exercício das práticas, poderão abrir um caminho para ajudar as famílias a atuarem de fato no processo reabilitativo. Assim, acolher o familiar é um desafio para o profissional que lida com o sofrimento humano. É também um caminho a ser trilhado por esse mesmo profissional que, de modo sensível, deverá cuidar desse núcleo com o fim de captar a configuração e os sistemas que compõem cada núcleo de família.

Basaglia reitera que a psiquiatria vem-se baseando apenas nos sintomas apresentados, pois ela rotula e classifica o sofrimento psíquico, assim não o responde às reais necessidades da família, esvaziando o sentido do adoecer⁽⁴⁾.

Pesquisa com famílias que convivem com pessoas portadoras do transtorno mental ressal-

ta que o papel da família é observar se houve melhora ou não do paciente, e se a medicação está fazendo o efeito esperado⁽⁵⁾. Quando há o distanciamento entre o saber psiquiátrico e a família, o diagnóstico ocupa um juízo de valor que é pouco compreendido, dificultando a participação efetiva e dispersando energias que podem ser empregadas no resgate das potencialidades latentes ou esquecidas.

Fallon, Magliano e Morosini, ao considerarem a família como a unidade básica de saúde, propõem um modelo de intervenção que avalia as partes sadias da interação familiar, o que soluciona, de um modo mais útil, os problemas cotidianos, diminuindo o stress e indiretamente as recaídas⁽²⁾.

Assim a família é vista como a unidade básica, e para cumprir seu papel de provedora, ela precisa além dos recursos institucionais, do preparo e do apoio de profissionais que possam suprir suas necessidades.

Os encargos familiares são classificados em objetivos e subjetivos⁽⁶⁾. Os encargos objetivos incluem tempo utilizado para a assistência, redução das relações sociais e do tempo livre, dificuldade econômica e dificuldade no trabalho. Os encargos subjetivos se referem ao desenvolvimento de sintomas de ansiedade, de sintomas psicossomáticos, sentimentos de culpa, de vergonha, de desorientação quanto às informações sobre os distúrbios mentais e isolamento social.

Estudando as famílias em visitas familiares, quanto às dificuldades no enfrentamento de problemas, identificam-se aspectos sociais e econômicos, dentre outros⁽⁷⁾.

Jeon e Madjar, em estudos de familiares que cuidavam de um membro portador de doença mental, encontraram dois temas centrais: relacionalidade e temporalidade⁽⁸⁾. Perceberam que do estágio inicial do choque, os familiares passaram a aceitar sua situação, processo que ocorreu ao longo do tempo.

Em pesquisa sobre representações da doença mental elaborada por familiares que têm em seu núcleo pessoas que sofrem de trans-

torno mental, identificou-se grande necessidade de informações, de formação e de apoio sentidas pelos familiares. Também se observou desesperança, falta de perspectiva e de crença na melhoria ou na reabilitação de seu familiar⁽⁹⁾.

Além destas questões, o estigma em consequência da doença mental pode se estender no tempo, afetando o paciente, aqueles que vivem ao seu lado, como também as gerações que se seguem⁽¹⁰⁾.

Por outro lado, os comportamentos apresentados pela pessoa em sofrimento psíquico podem trazer aos membros familiares sentimentos de culpa, vergonha impotência, raiva, rejeição e principalmente muita insegurança. Condutas como isolamento social, dificuldade de concentração, ritmo diurno/noturno alterado, perturbações e alterações de humor de pensamento ou de linguagem geralmente causam inúmeras dificuldades, pois muitas vezes a família fica confusa para entender onde termina a normalidade e inicia a doença⁽¹¹⁾. Isso denota a importância de fornecer ao núcleo familiar orientação, suporte, como também evidencia a necessidade de desconstrução dos manicômios internos, a desconstrução das idéias cristalizadas, de se repensar o que há anos considerava-se certo. Tal tarefa requer revisão de valores, de condutas e de conceitos, abrindo possibilidades para um novo saber.

Desse modo, analisando os novos horizontes trazidos pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, que anexa a ela o processo de desinstitucionalização e que traz dentro de si o caminho da reabilitação psicossocial, vemos que a família ocupa um espaço importante, sinalizador e muitas vezes determinante para a desejada melhoria da assistência.

Porém, para que os familiares contribuam com esse processo mais amplo de atenção psiquiátrica e atuem nesse cenário como agentes terapêuticos, primeiramente precisam compreender os comportamentos, as reações de seu membro acometido pelo transtorno mental, para melhorar a qualidade de vida da fa-

mília, minimizando, assim, os encargos enfrentados.

Pensando no atendimento das necessidades da família que têm em seu núcleo uma pessoa acometida pelo transtorno mental⁽¹²⁾, realizamos o presente estudo tendo como objetivo identificar a sobrecarga acarretada para os familiares na convivência com a pessoa portadora de transtornos mentais.

2 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Este estudo tem caráter exploratório e descritivo, tendo sido desenvolvido em um município do interior paulista, enfocando a experiência da família na convivência com um membro acometido pelo transtorno mental.

2.1 Contexto

O município possui pouco mais de 30 mil habitantes e tem como recursos de saúde: um hospital geral, com 105 leitos; uma maternidade privada; um centro de saúde e um hospital psiquiátrico, com 255 leitos, sendo que este, na ocasião da coleta de dados, encontrava-se em fase de desativação.

Realizamos as entrevistas na residência dos familiares.

2.2 Sujeitos

Familiares de pacientes com transtorno mentais. Como critério para seleção dos sujeitos, estabelecemos que estes familiares tivessem a experiência de conviver com o doente e condições de responder à entrevista.

2.3 Recurso metodológico

A entrevista técnica utilizada no trabalho de campo, entendida como uma conversa a dois com propósitos bem definidos, é caracterizada por uma comunicação verbal que reforça a importância da linguagem e do significado da fala, servindo coleta de informações de um determinado tema científico⁽¹³⁾.

Utilizamos roteiro⁽¹²⁾ com questões semi-estruturadas, referentes ao conhecimento das estratégias de enfrentamento que os familiares utilizam diante dos encargos e da sobrecarga, advindos da convivência com a pessoa portadora de transtorno mental.

No presente estudo, entrevistamos familiares de pacientes com transtorno mental que frequentaram ou que ainda frequentam o Hospital Psiquiátrico da cidade. Os sujeitos não foram selecionados tendo como critério a psicopatologia apresentada pelo familiar.

2.4 Procedimentos de coleta e análise dos dados

A partir da aprovação do trabalho no Comitê de Ética, iniciamos esta fase da pesquisa, recorrendo à assistente social do Hospital Psiquiátrico Dom Bosco, da cidade de Promissão, para obtenção dos nomes e respectivos endereços de familiares das pessoas acometidas pelo transtorno mental, que se encontravam internadas na instituição ou que haviam passado por um período de internação no local.

Em seguida localizamos os endereços e realizamos visita às residências, com o objetivo de iniciar a coleta de dados. O pesquisador utilizou a observação e a entrevista semi-estruturada, focada nas estratégias de enfrentamento utilizadas pelos familiares na convivência com a problemática pertinente.

Inicialmente, esclarecemos aos sujeitos o objetivo do estudo, garantindo-lhes o anonimato e a liberdade de participar do mesmo. Após o aceite de cada um, efetuamos as entrevistas e registramos as falas das pessoas participantes.

Realizamos apenas treze entrevistas por julgarmos que os dados obtidos nestas eram suficientes para o alcance do objetivo proposto pelo estudo.

A seguir, realizamos a leitura flutuante do material obtido, ou seja, lemos as entrevistas, deixando livre a nossa condição de percepção

a respeito dos conteúdos provenientes das falas de cada sujeito. Assim, tendo um contato mais próximo com o referido material, pudemos organizar os dados do estudo e distinguir os temas trazidos por eles.

3 ANÁLISE DOS DADOS

Das treze entrevistas realizadas, sete respondentes eram mães, uma madrasta, três irmãs, um pai e um tio. A idade destes sujeitos variou entre oitenta e quatro anos e quarenta anos. Quanto ao grau de instrução, onze possuíam o primeiro grau incompleto e dois, o segundo grau completo. Em relação à renda familiar, oito sujeitos recebiam um salário mínimo e cinco, acima de um salário.

Quanto ao sexo dos pacientes, os treze eram homens, com idade entre de vinte e seis e cinquenta e dois anos. Com relação ao grau de instrução, quatro eram analfabetos, sete possuíam o primeiro grau incompleto e dois, o primeiro grau completo. Sete eram aposentados cinco não possuíam nenhuma renda e um ganhava algum rendimento quando conseguia qualquer trabalho.

As idéias trazidas pelos sujeitos convergiam nas dificuldades vividas e nos cotidianos conturbados, que determinavam o funcionamento da família, que era pautado nas relações entre as pessoas envolvidas no sistema familiar, influenciando, conseqüentemente, outros tantos sistemas.

Todas as pessoas ouvidas mencionaram a sobrecarga financeira e nas rotinas familiares, e sobrecarga em forma de doença física ou emocional, como também alterações nas atividades de lazer e nas relações sociais da família. Também outros estudos^(5,9,14,15) trazem questões referentes ao sistema familiar no cuidado ao doente com transtorno mental e suas complexas implicações.

Dos treze pacientes estudados, sete eram aposentados, com idade entre vinte e seis a quarenta e oito anos, evidenciando a quebra do exercício das potencialidades adquiridas,

de descoberta de valores, de capacidades desenvolvidas, o que dá início ao processo de perdas, conduzindo o indivíduo a exclusão.

Essas pessoas foram acometidas pela doença em plena idade produtiva, e após a primeira crise não conseguiram mais retornar ao mercado de trabalho. Além das perdas pessoais marcadas pelo cerceamento das condições de crescimento de cada um, a doença refletiu-se também na vida familiar, alterando o funcionamento de sua dinâmica não só pelas dificuldades ocasionadas pela doença, como também pelas carências financeiras.

Destes sete pacientes que hoje se encontram aposentados, no início do problema psiquiátrico dois deles eram casados e conseguiam sustentar a família com o próprio trabalho. Com as perdas trazidas pela doença, os casamentos foram desfeitos e houve um retorno à casa dos pais. Isso desorganizou também no núcleo de origem, causando desavenças entre os irmãos pela não aceitação, aumento nos gastos da família, sem contar a confusão pela convivência muitas vezes difícil de aceitar e compreender doente.

Apenas um familiar ouvido destoou do discurso dos demais sujeitos, que foram mais enfáticos quanto à sobrecarga sentida. Embora essa mãe dissesse sentir os encargos e as inúmeras modificações na vida da família, após o aparecimento da doença, referiu que seu filho colaborava nos afazeres domésticos e participava do próprio tratamento. Relatou que ele ficava sempre dentro de casa, que não se relacionava com outras pessoas, o que ocasionava gradual isolamento da vida social e comunitária. Todavia, essa mãe referiu ter sentimentos de tristeza e dor contínuos, pois comparava o filho antes de adoecer com o de agora.

Dos treze sujeitos ouvidos, doze relataram explicitamente que o paciente causava transtorno no cotidiano da família, pelas atitudes agressivas de xingamento, exigência de atenção, por fumar muito, comer sempre, falar demais, não se interessar por nada, descuidar-se da própria higiene, apresentar descom-

passo temporal, como dormir muito em horários diferentes dos habituais das pessoas, ou por manter ritmos diferentes dos outros membros da casa. Os sujeitos assim se referiram “*ele fica parado*”, “*fica ali, não faz nada*”.

A alusão ao tempo também foi mencionada por Pereira e Pereira Jr., que mencionaram o descompasso entre o ritmo de vida do paciente e o da família, destacando que a continuidade do tempo externo, com suas atribuições e solicitações da vida cotidiana, poderia propiciar conflitos no interior do espaço da família, pois se torna difícil a convivência entre pessoas que vivem tempos diferentes⁽¹⁶⁾.

Todos os sujeitos tinham pouco conhecimento do transtorno mental e demonstram que se tornava difícil o entendimento de uma doença que não era evidenciada no corpo ou que não caracterizava pela dor física. Isso tem se constituído um fator adicional aos encargos vividos, com o aumento das emoções expressas no cotidiano da vida da família, como julgamentos, censuras e incompreensões. Em alguns relatos eles referiam “[...] *o irmão acha que é frescura*”; “[...] *o irmão dele acha que é malandragem*”; “[...] *eu pensava que era droga*”.

O pouco conhecimento e a representação do transtorno mental estão também atrelados à assistência recebida e às informações fornecidas pelos profissionais de saúde.

Das treze pessoas ouvidas, apenas uma dizia acreditar na melhora do paciente; os demais discursos continham desesperança quanto à perspectiva de tratamento e à obtenção de melhora, porém parece que, somado a isso está o fato de os sujeitos também reterem o desalento contido na comunicação feita pelo médico que atendia o paciente. Ao indagarmos: “*O que o médico que o atende diz?*”, as respostas demonstraram desânimo ou descrédito nas possibilidades de qualquer melhora, como descritas a seguir.

[...] *a idéia é que não vai recuperar, vai ficar assim, [...] ele não tem jeito, Deus ajuda.*

[...] *não tem cura, cada vez agrava mais, [...] é esquizofrenia, não tem cura, é memória fraca.*

[...] *foi o nervo que enfraqueceu, [...] a tendência é piorar, é hereditário, [...] é uma veia que estoura.*

Frente a essas perspectivas, aparece a preocupação com o futuro e o receio de que o paciente fique sozinho, sem ninguém para se preocupar ou cuidar dele apenas o poder divino. Tal pensamento foi explicitado pelas respondentes mulheres e mães, fato que evidenciam o quanto o cuidado fica interligado à figura feminina.

Vários familiares explicitaram o desejo de ver o paciente internado, elogiaram o hospital referindo que lá o seu familiar estaria bem cuidado, mesmo sabendo que isso significaria a reclusão e o isolamento da pessoa. Por outro lado, na opinião deles, a internação aliviaria a família da sobrecarga de um convívio conturbado e pleno de dificuldades.

Todavia as pessoas ouvidas tiveram a ocorrência de problemas de saúde após, a concretização do transtorno mental, como: hipertensão arterial, diabetes, tristeza, depressão, diminuição do sono e diminuição do apetite. E mesmo tendo sinalizado seus limites, elas não obtiveram apoio ou assistência que suprisse suas necessidades. Colvero fala dessa carência sentida pela família e a considera um estado permanente como se nada conseguisse apaziguar seus corações⁽¹⁵⁾.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embasado nos princípios da desinstitucionalização, o processo de transformação da assistência em psiquiatria tem-se desenvolvido, materializando-se em meio as várias tensões e a mudanças de vértices que acompanham os processos de transformação. Conhecer como essas transformações estão se refletindo na vida dos familiares é tarefa importante, pois elas abrem caminhos para a interven-

ção. Assim, o objetivo da desinstitucionalização deixa de ser a doença, direcionando-se à existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social⁽¹⁷⁾.

Os sujeitos, a partir das próprias experiências vividas com a pessoa acometida pelo transtorno mental, trouxeram o legado da família na extensão da existência-sofrimento advindo desse convívio, revelando conceitos que se articulam e que denotam a sobrecarga, a desesperança, a desinformação, a grande dificuldade sentida.

As pessoas ouvidas sinalizaram os seus limites, delineando as necessidades sentidas no cotidiano do viver bem próximo aos problemas inerentes aos transtornos mentais. Assim, evidenciamos o esvaziamento da rede social, a carência de respostas referentes às políticas públicas do município aspecto, que se encontra desprovido de uma assistência em saúde mental que, de fato, venha substituir o modelo anterior. Também essa convivência é marcada pela da carência de vínculos de acolhimento por parte dos profissionais que dão atendimento na área em questão. Isso nos leva a considerar a importância das representações, dos conceitos que se têm sobre o transtorno mental, o quanto estes determinam a assistência prestada e o quanto interferem nas trajetórias pessoais de cada pessoa/família acometida pelo transtorno. Além destes fatores, torna-se importante que cada profissional envolvido se relacione e se responsabilize socialmente com o paciente e família, uma vez que os sujeitos revelaram um estado de solidão, de isolamento com a problemática vivida e com a sobrecarga enfrentada nas rotinas diárias desenvolvidas em espaços frágeis de apoio. Mencionaram que recorreram a medicamentos, ao sustento espiritual por desconhecerem a extensão de outra ajuda, sentindo-se penalizados pelo sistema de atenção à saúde.

Acolher e compreender as demandas das famílias ajudando-as a não incorporarem o transtorno como fator desagregador de suas dinâmicas, considerando as subjetividades

para a efetivação dos suportes de assistência, é um caminho necessário para a superação do modelo psiquiátrico anterior. Isso pode ampliar o espaço de atuação de cada profissional, exigindo do enfermeiro envolvimento, preparo para o cuidado à família de maneira mais concreta, criativa, disposição para uma atuação mais complexa, e mais próxima do compromisso social e do exercício de respeito à cidadania.

REFERÊNCIAS

- 1 Saraceno B. Libertando identidades. Belo Horizonte (MG): Te Corá; 1999. 175 p.
- 2 Fallon I, Magliano L, Morosini P. Intervento psicoeducativo integrado in psichiatria. Milano: Erickson; 1997. 235 p.
- 3 Villares CC. Representações da doença por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia (dissertação de Mestrado em Saúde Mental). São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 1996. 126 f.
- 4 Basaglia F. As instituições da violência. In: Basaglia F, organizador. A instituição negada. Rio de Janeiro: Graal; 1985. 326 p. p. 99-133
- 5 Moreno V. Vivência do familiar da pessoa em sofrimento psíquico (tese de Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica). Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2000. 173 f.
- 6 Zanus PM. Il lavoro con le famiglie ad alto carico (dissertazione di Maestrato in Psichiatria). Trieste: Istituto di Clinica Psichiatrica, Università degli Studi di Trieste; 1993. 83 f.
- 7 Waidman MAP. Enfermeira e família compartilhando o processo de reinserção social do doente mental. In: Labate RC, organizador. Caminhando para a assistência integral. Ribeirão Preto (SP): Scala; 1999. 407 p. p. 389-407.
- 8 Jeon Y, Madjar I. Caring for a family member with chronic mental illness. Qualitative Health Research, Alberta 1998 Sept;8(5):694-806.

- 9 Pereira MAO. Representação da doença mental pela família do paciente. Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu (SP) 2003 jan;7(12): 71-82.
- 10 Sartorius N. Rehabilitation and quality of life. International Journal of Mental Health, New-castle 1995 Mar;4(1):7-13.
- 11 Dell'Acqua G. Il centro di salute mentale ed il familiare: educare le famiglie, organizzare l'aiuto reciproco. Rivista Riabilitazione Psichiatrica e Psicossociale, Trieste 1992 ag;1(1/3):25-32.
- 12 Koga M. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar (dissertação de Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica). Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1997. 90 f.
- 13 Cruz Neto OC. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social. Petrópolis (RJ): Vozes; 1994. 79 p. p. 51-66.
- 14 Menezes AC. A percepção de pacientes psiquiátricos sobre suas famílias: um espelho de dois lados (dissertação de Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica). Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2001. 121 f.
- 15 Colvero LA. Desafios da família na convivência com o doente mental: cotidiano conturbado (tese de Doutorado em Enfermagem). São Paulo: Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo; 2002. 111 f.
- 16 Pereira MAO, Pereira Júnior. A. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo 2003 dez;37(4):92-100.
- 17 Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via: a Reforma Psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos "países avançados". In: Nicácio F, organizador. Desinstitucionalização. São Paulo: HUCITEC; 1990. 162 p. p. 17-59.

Endereço da autora/Author's address:

Maria Alice Ornellas Pereira
UNESP, Faculdade de Medicina,
Departamento de Enfermagem
Campus de Rubião Jr - Botucatu
18.618-000, São Paulo, SP
E-mail: Malice@fmb.unesp.br

Recebido em: 03/07/2003

Aprovado em: 07/10/2004
