



Interdisciplinary

LINKSCIENCEPLACE

DOI: 10.17115

ISSN: 2358-8411

Scientific Journal



Interdisciplinary Scientific Journal. ISSN: 2358-8411

Nº 5, volume 6, article nº 09, May 2019

D.O.I: <http://dx.doi.org/10.17115/2358-8411/v6n5a9>

Accepted: 10/12/2018 Published: 30/05/2019

I SEMINÁRIO DE SAÚDE MENTAL DO NORTE E NOROESTE FLUMINENSE  
– 27 A 30 DE NOVEMBRO DE 2018 – CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ

## **IMPACTS OF SCHIZOPHRENIA IN THE FAMILY CONTEXT: reports of experiences with relatives who attend support groups in a CAPS of a city in the interior of the Zona da Mata, Minas Gerais**

## **IMPACTOS DA ESQUIZOFRENIA NO CONTEXTO FAMILIAR: relatos de experiências com familiares que frequentam grupos de apoio em um CAPS de uma cidade do interior da Zona da Mata mineira**

**Betânia Vieira Costa<sup>1</sup>**

Acadêmica do Curso de Psicologia

**Giselle Braga de Aquino<sup>2</sup>**

Doutora em Psicologia

**Bruno Carlos Ferreira<sup>3</sup>**

Acadêmico do Curso de Psicologia

### **ABSTRACT**

The aim of the study was to identify how the family context works when there is a member with psychiatric disorder, such as schizophrenia; besides analyzing how the process of social isolation of people with mental disorder that has occurred for years, interfered and interferes in the relationship with the family. To carry out the study, we used bibliographic research and a qualitative research through interviews with relatives of patients diagnosed with schizophrenia, who attend support groups in a CAPS. The interviews were transcribed in their entirety and the resulting texts were submitted to a Discourse Analysis (ROCHA-COUTINHO, 1998) from the categories of analysis: the family; the family-to-person look, diagnosis, and treatment; the family relationship and the implications in the daily life; the family and social relations; and the support network.

**Key-words:** Schizophrenia; Family; CAPS.

<sup>1</sup>UNIFAMINAS – Centro Universitário de Minas Gerias - Muriaé – MG (be-taniavieira@hotmail.com)

<sup>2</sup> UNIFAMINAS – Centro Universitário de Minas Gerias - Muriaé – MG (gi07ba@yahoo.com.br)

<sup>3</sup>UNIFAMINAS – Centro Universitário de Minas Gerias - Muriaé – MG (brunobps58@gmail.com)

## **RESUMO**

O objetivo do estudo foi identificar como o contexto familiar funciona quando há um membro com transtorno psiquiátrico, como a esquizofrenia; além de analisar como o processo de isolamento social de pessoas com transtorno mental que ocorreu durante anos, interferiu e interfere na relação com a família. Para realização do estudo, utilizou-se da pesquisa bibliográfica e uma pesquisa qualitativa por meio de entrevistas com familiares de pacientes diagnosticados com esquizofrenia, que frequentam grupos de apoio em um CAPS. As entrevistas foram transcritas na íntegra e os textos resultantes foram submetidos a uma Análise do Discurso (ROCHA-COUTINHO, 1998) a partir das categorias de análise: a família; o olhar da família para pessoa, o diagnóstico e o tratamento; a relação familiar e as implicações no cotidiano; a família e as relações sociais; e, a rede de apoio.

**Palavras-chave:** Esquizofrenia; Família; CAPS.

## **INTRODUÇÃO:**

O presente estudo se insere no campo da Psicologia, mais especificamente no campo da saúde mental e da atenção psicossocial de indivíduos e grupos, em especial, dos grupos familiares. Portanto, através dessa temática buscaremos compreender os impactos da esquizofrenia no contexto familiar.

De acordo com Dessen e Polonia (2007), a família está presente em todas as culturas, como principal instituição mediadora e como a primeira instituição social que procura assegurar o bem-estar, a continuidade e a proteção de seus membros. Desse modo, para a pessoa com transtorno esquizofrênico, a família é a instituição social mais importante no seu processo de socialização. Sendo assim, de que modo as famílias podem contribuir para que a pessoa diagnosticada com esquizofrenia tenha melhores resultados no tratamento? Ou melhor, como a família e seu membro diagnosticado com esquizofrenia podem conviver de forma harmoniosa, sem grandes prejuízos?

Segundo Silva (2006), os aspectos mais marcantes da esquizofrenia são alucinações e delírios, como também ocorrem transtornos de pensamento e fala, perturbação das emoções e do afeto, déficits cognitivos e falta de vontade. Essas características que acompanham a pessoa com transtorno esquizofrênico, geralmente tornam a socialização dessa um pouco mais prejudicada, o que requer da família e dos dispositivos de atenção psicossocial maior cuidado.

Para Zanetti e Galera (2007), as famílias sofrem e sentem-se isoladas da mesma

maneira que os pacientes psiquiátricos. Com as consequências da Reforma Psiquiátrica para as famílias, essas ainda não possuem uma rede efetiva de apoio para conseguirem minimizar os prejuízos causados pela incapacidade e pelas desvantagens decorrentes dessa complexa problemática.

Segundo Filho et. al. (2010), com as mudanças na assistência à saúde mental motivadas pela reforma psiquiátrica, a família passa ser a principal fonte de cuidados dos pacientes psiquiátricos. No entanto, percebe-se que essas famílias não estão preparadas para assumirem esse papel, pois se encontram esquecidas e não recebem informações sobre os problemas que atingem seu familiar.

Neste sentido, os objetivos deste trabalho são investigar como a esquizofrenia afeta o contexto familiar, e como o contexto familiar lida com a realidade de possuir um membro diagnosticado com transtorno esquizofrênico; compreender como as formas com que o louco foi tratado em nossa sociedade ao longo da história afetaram a sua relação com a sociedade e principalmente sua relação com a família. Ainda procura compreender como essa relação se dá atualmente e como os dispositivos de atenção psicossocial atuam nessas questões.

A motivação para esse trabalho foi devido ao contato com o campo da saúde mental em sala de aula e principalmente devido a estágio realizado em um CAPS, no qual houve a possibilidade de perceber a falta que o apoio familiar faz para os pacientes com esquizofrenia e a deficiência dos centros de atenção psicossocial em auxiliar as famílias no contato com esses.

## **REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

### **Uma breve história da loucura: dos manicômios aos CAPS**

Na antiguidade, a loucura era percebida através de pessoas que possuíam poderes divinos e naturais, um saber importante e necessário, que conseguiria alterar os acontecimentos e interferir no futuro dos homens. Porém, no século XV e no século XVI, o louco era reconhecido como uma vítima de possessão demoníaca que deveria se submeter a rituais de exorcismo ou morrer na fogueira em função das crenças religiosas. Registros da loucura como doença mental, surgem quando um saber científico acerca da loucura passa a ser construído e melhor desvincilhada das ideias da religião. A percepção de que a loucura era uma doença, aparece apenas quando a psiquiatria começa a fazer parte do saber clínico sobre ela e ajuda a desenvolver práticas para tratá-la ou curá-la (SOARES, 2003). Com a valorização

do saber científico surgem os hospitais gerais ou hospitais dos loucos. No entanto, os hospitais gerais instauram medidas disciplinares para garantir a ordem e não se preocupam com efeitos terapêuticos nos pacientes (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

Foucault (1972), afirma que no período industrial, os Hospitais Gerais eram casas, que funcionavam como forma de fazer com que os pobres miseráveis, produzissem algo para a sociedade, mas com esse valor funcional, fracassou. Desse modo, o hospital geral não serve mais de ateliê de trabalho forçado e nem de asilo para aqueles com alguma enfermidade impede de trabalhar, mas agora é uma instituição moral, ou seja, os hospitais são instituições com a função de punir e reparar alguma falha moral.

Percebe-se que na trajetória da história da loucura, em grande parte do tempo, o objetivo foi separar os loucos da sociedade. Antes eram expulsos de suas cidades em navios, posteriormente trancafiados em instituições de forma que não perturbem a “ordem social”. É importante compreender um pouco mais sobre o funcionamento dessas instituições citadas.

O autor que nos descreve o funcionamento dessas instituições que desejam punir ou reparar falhas morais, é Goffman (1961) em sua obra ‘Manicômios, Prisões e Conventos’. Deve-se saber que as instituições citadas, são instituições que assim como outras existentes em nossa sociedade possuem uma tendência ao fechamento, ou seja, tem caráter de instituições totais. É sobre essas instituições que Goffman desenvolve seus estudos. Em sua obra Goffman nos apresenta bem as características dessas instituições e nos permite compreender que elas não tinham estrutura e funcionamento que realmente tratassem os doentes mentais. A partir daí começam a surgir críticas a essas instituições.

Como pode-se notar, nesse período, os manicômios não tinham uma estrutura e funcionamento que realmente tratassem os doentes mentais. Goffman nos apresenta bem essas características e nos permite compreendê-las. Com base no que vimos também será possível compreender as críticas que começam a surgir sobre essas instituições.

No livro de Basaglia (1968), “A Instituição Negada” é possível encontrar várias críticas aos hospitais psiquiátricos, podendo destacar o apontamento para as práticas repressivas e de exclusão que ocorriam nessas instituições, deixando em evidencia o processo de violência institucionalizada. Critica também a identificação dos manicômios com a necessidade de categorizar os comportamentos anormais e

não aceitáveis.

Muitas críticas como essas foram surgindo ao longo do tempo, o que acabou culminando em alguns movimentos de oposição a psiquiatria. A Antipsiquiatria é um exemplo desses movimentos, que consiste em uma negação radical da psiquiatria tradicional, afirmando que a doença mental não existe, mas que é uma ideia construída na sociedade. Outro movimento que surge através de uma crítica é a Psiquiatria Democrática, na qual não se nega a doença mental, mas se propõe uma nova forma de lidar com ela (AMARANTE, 1995).

Soares (2003 apud SARACENO, 1996), aponta para a função do hospital psiquiátrico em relação a família, pois ele serve para silenciar a perturbação causada pelo paciente na comunidade e principalmente na família. Para que o doente mental pudesse retornar a sociedade, a família e a psiquiatria não poderiam se encontrar mais em consenso, ou seja, um desses deveria perceber que a exclusão do doente mental não é a alternativa que deve ser escolhida.

Segundo Maciel et. al. (2008), as críticas à eficácia dos manicômios, somente após a Segunda Guerra Mundial ganharam força, pois com o desenvolvimento que aconteceu na sociedade em diversas áreas, chegou-se ao entendimento de que os hospitais psiquiátricos deveriam ser transformados ou ser interditados. Surge então um movimento social em defesa dos direitos humanos dos doentes mentais chamado, reforma psiquiátrica, que tinha a intenção de questionar os manicômios e as práticas médicas que ali ocorriam, com o propósito de humanização da assistência, fazendo com que fosse possível perceber que a reabilitação ativa era viável e que a exclusão não era a única alternativa.

Rotelli nos faz refletir é com relação aos serviços que vieram para substituir os manicômios. Se os manicômios são demolidos, se o objeto muda, as novas instituições devem estar preparadas para o objeto, que não é mais um objeto em equilíbrio, mas está em estado de não equilíbrio. Nota-se então, que não há muito o que fazer com a “doença”, nem com o sintoma ou o conflito, como queriam os modelos clínico e psicológico, assim se torna necessário pensar outros serviços nas novas instituições, que não tivessem esse foco, ou seja, é necessário que as novas instituições também pudessem estar em não equilíbrio (ROTELLI, 2001).

No Brasil podemos dizer que a reforma psiquiátrica se concretiza através de muitos anos de luta, pela Lei 10.216/2001, conhecida também lei Paulo Delgado ou lei da reforma. Essa lei fortalece a reforma psiquiátrica, pois protege e garante os direitos

das pessoas com transtorno mental e altera o modelo assistencial em saúde mental, buscando proporcionar um tratamento mais humanizado e com a convivência social garantida (BRASIL, 2001).

Para que isso ocorra são desenvolvidos os serviços substitutivos no Brasil. Conforme afirmam Martins, Soares, Oliveira e Souza (2011), os equipamentos substitutivos que compõem a assistência à saúde mental são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), os hospitais dia, os centros de convivência, os lares abrigados e os leitos psiquiátricos em hospital geral.

Nesse trabalho daremos ênfase ao serviço substitutivo chamado CAPS, foco do nosso trabalho, visto que nos interessa compreender seu funcionamento, uma vez que esse é o equipamento que de forma mais direta está vinculado a tentativa de fazer com que a pessoa com transtorno mental se insira ou se reinsira na sociedade, além de ser o dispositivo mais presente nos municípios brasileiros após a reforma psiquiátrica.

Existem vários modelos de CAPS, que se modificam de acordo com a demanda a ser atendida, número de habitantes do município, entre outras questões. Em consonância com a portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, os CAPS eram organizados da seguinte forma. Os Centros de Atenção Psicossocial deveriam, constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Sendo que essas três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se por características, como por exemplo, horário de funcionamento e abrangência populacional, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes. Também há a modalidade de CAPS I II, que é um serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes com transtornos mentais. E também o CAPS ad II, que é um serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (BRASIL, 2002).

No dia 21 de dezembro de 2017, com a portaria 3588, fica consolidada a criação de uma nova modalidade de CAPS, o CAPS ad IV, que é um serviço que atende pessoas em quadro intenso ou grave de sofrimento mental, decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. (BRASIL, 2017).

Schrank e Olschowsky (2008) apontam a importância dos Centros de Atenção Psicossocial, para a reinserção ou inserção do doente mental no meio familiar. O CAPS estaria dirigindo suas práticas para o modelo psicossocial, valorizando a família como um meio fundamental para a reinserção da pessoa com transtorno mental na sociedade. Para isso alguns CAPS, tem adotado estratégias como visitas domiciliares e atendimento individual ou grupal para familiares, tendo como objetivo estabelecer uma parceria para o tratamento. Deve-se saber que a participação da família no tratamento, traz mais qualidade de vida tanto para o paciente, quanto para a família. A parceria com a família se estabelece em ferramentas de mobilização e comprometimento para lidar com o transtorno mental no território, permitindo trocas junto ao serviço, ao usuário e a sua rede social.

### **A esquizofrenia e seu impacto na dinâmica familiar**

Segundo Alves, Almeida, Mata e Pimentel (2018), a esquizofrenia se caracteriza por uma grave perturbação mental que possui curso e prognóstico variáveis. Os sintomas compreendem a presença de disfunções cognitivas, emocionais e comportamentais que modificam ou alteram a percepção, a linguagem e a comunicação, a fluência, o raciocínio lógico, o afeto, o conteúdo do pensamento e do discurso, a vontade, a capacidade hedônica, a atenção e o impulso.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V, 2014), o espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos inclui esquizofrenia, transtorno (da personalidade) esquizotípico(a) e outros transtornos psicóticos (transtorno delirante, transtorno psicótico breve, transtorno esquizofreniforme, entre outros). Esses transtornos são estabelecidos por estranhezas em um ou mais das cinco propriedades a seguir: delírios, alucinações, pensamento (discurso) desorganizado, comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal (incluindo catatonia) e sintomas negativos.

Carvalho (2011) afirma que, a esquizofrenia é uma doença marcada por uma combinação de sinais e sintomas que causam grande prejuízo no funcionamento social e/ou ocupacional e que atinge pessoas de todas as classes sociais e persiste pelo resto da vida.

O grupo familiar desde a antiguidade é considerado como responsável pelo processo primário de socialização, desse modo é definido como um grupo social que exerce forte influência na vida das pessoas. A família tem um papel fundamental na

constituição e formação dos indivíduos (PRATTA; SANTOS, 2007).

Para Carter e McGoldrick (1995) é difícil delimitar família devido a sua alta complexidade como organização. A família, diferente de todas as outras organizações, aceitam seus membros apenas através do nascimento, adoção ou casamento e só podem se desfazer desse vínculo por meio da morte. Deve-se ressaltar que a instituição familiar tem passado por mudanças nos últimos tempos, o que também modifica os indivíduos e seus comportamentos. Sendo assim, a definição de família, varia de acordo com o pano de fundo cultural da família.

Devido as mudanças que tem ocorrido atualmente e que acabam por afetar as famílias, podemos dizer que essas se encontram fragilizadas por esses processos, mas mesmo assim a família observa o crescimento de suas responsabilidades e importância como mecanismo de proteção social. Isso salienta-se em grupos familiares que possuem membros mais frágeis, para os quais não se dá um lugar na sociedade e os quais não conseguem encontrá-lo por si mesmo, sendo a família a principal responsável por estes (CARVALHO; ALMEIDA, 2003).

Historicamente a família foi excluída dos cuidados dispensados a pessoa com transtorno mental, pois estes eram mandados para os hospitais psiquiátricos que eram localizados longe das metrópoles, o que dificultava o acesso das famílias a essas instituições. Outro fato que distanciava a família da pessoa com transtorno mental, era a concepção de que ela era a produtora do transtorno e que por isso o doente deveria ser afastado de sua família. Sendo assim, restava à família o papel de encaminhar seu familiar à instituição psiquiátrica para que lá ele fosse tratado (BORBA, et. al., 2011).

No entanto, de acordo com Filho et. al. (2010), com o passar do tempo e com as mudanças ocasionadas pela reforma psiquiátrica, a família passa ser a principal fonte de cuidados dos pacientes psiquiátricos. Desse modo, a família começa a ocupar o lugar de ator social indispensável para a eficácia da assistência psiquiátrica.

Confirmando a importância da família na assistência psiquiátrica Colvero, Ide e Rolim (2004), confirmam que com o transtorno mental o cotidiano da família se torna mais complexo, e por isso as ações dirigidas aos grupos familiares de pessoas com transtorno mental grave devem ser realizadas de modo que possibilitem a potencialização da relação familiar/profissional/serviço. Desse modo, a família é percebida como um parceiro especial e fundamental para os cuidados dispensados

a pessoa com transtorno mental.

A família é o lugar onde serão identificados os primeiros comportamentos diferentes desse membro da família, que podem ser percebidos em alterações como, do sono/repouso, dos comportamentos sociais, do apetite, do desempenho escolar e/ou profissional, do desinteresse por atividades e passatempos que gostava, da higiene e autocuidado, da dificuldade em completar tarefas, da falta de motivação e o aparecimento da desconfiança (CARVALHO, 2011).

Ainda segundo Carvalho (2011), geralmente quando a esquizofrenia se manifesta em um indivíduo da família, os outros membros não sabem o que fazer, a quem procurar, e como compreender os comportamentos cada vez mais “anormais” e “diferentes”, resultando em uma grande pressão no núcleo familiar.

No processo de adoecimento de um familiar, o seu diagnóstico e tratamento causam a desorganização de toda a família, provocando desgaste entre seus membros que esbarram nos obstáculos da convivência, pela falta de compreensão e tolerância em relação a este transtorno. Lidar diariamente com uma pessoa com esquizofrenia não é uma tarefa simples, visto que, ela exibe comportamento peculiar e delirante, com condutas bizarras, confusas e incompreensíveis, apresenta agressividade e não possui capacidade de discernir em muitas circunstâncias (LIMA, et. al., 2011).

O contexto das famílias com membros esquizofrênicos é atravessado por temor e insegurança. Estes sentimentos, frequentemente estão associados ao medo da manifestação de comportamentos agressivos. Os comportamentos agitados e as reações inapropriadas, acabam por limitar a interação social da família, abalando o relacionamento com o mundo (CAMPANA; SOARES, 2015).

Para Lima et. al. (2011), a família assim como a pessoa com esquizofrenia, sofre por sentirem-se abandonados, como se apenas devessem compreender e se adequar as mudanças que ocorreram na vida. A dificuldade, ou até mesmo a resistência dos familiares para aceitar as mudanças na rotina de vida, decorrentes da esquizofrenia, acaba por dificultar ainda mais a adaptação, deixando a família sem estrutura. A falta de estrutura para enfrentar este processo torna as relações familiares fragilizadas.

## **METODOLOGIA:**

Esse estudo foi realizado por meio de uma pesquisa qualitativa, em que se utilizou de entrevistas semiestruturadas, construídas a partir de um roteiro previamente

elaborado, contendo tópicos relacionados aos objetivos da pesquisa e referentes ao percurso teórico desenvolvido ao longo do estudo. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, de forma a preservar a fidelidade do que foi dito pelos participantes. Os textos resultantes da transcrição das entrevistas foram submetidos a uma Análise de discurso (ROCHA-COUTINHO, 1998), a partir de categorias de análise.

A escolha desse tipo de instrumento se deve ao fato de acreditarmos que, através de suas narrativas orais, as pessoas revelam visões e questões importantes de suas vidas e o pesquisador, a partir desses discursos, explora “não apenas fatos e atividades como também sentimentos, isto é, a experiência emocional de seus informantes” (ROCHA-COUTINHO, 2006, p.67). Por isso, na análise dos discursos não se restringiu apenas no seu significado, mas também em sua forma e função.

O presente estudo foi realizado em uma cidade do interior da Zona da mata mineira em um CAPS do tipo II. Foi utilizada uma amostra de 5 indivíduos que possuem idades entre 49 anos e 64 anos, sendo que 3 desses indivíduos são do sexo feminino e 2 do sexo masculino. Dessa amostra apenas 1 indivíduo do sexo masculino exerce atividades remuneradas, enquanto os outros 4 recebem benefícios como aposentadorias. Todos os participantes residem em uma cidade de pequeno porte do interior da Zona da Mata mineira.

A escolha dos participantes foi motivada pelo fato de serem familiares que estão inseridos nos grupos de apoio do CAPS e pelo fato de todos esses indivíduos pertencerem a grupos familiares que possuem pessoas diagnosticadas com esquizofrenia, variando entre 1 ou 2 membros diagnosticados. Portanto, os cinco participantes do estudo foram:

- Participante 1: possui 63 anos, aposentado, separado, pai e cuidador de dois filhos diagnosticados com esquizofrenia (uma mulher e um homem), grupo familiar constituído por cinco pessoas.
- Participante 2: possui 64 anos, aposentada, viúva, irmã e cuidadora do irmão diagnosticado com esquizofrenia, grupo familiar constituído por sete pessoas.
- Participante 3: possui 50 anos, empregado, casado, irmão e cuidador (juntamente com a esposa) da irmã diagnosticada com esquizofrenia, grupo familiar constituído por seis pessoas.
- Participante 4: possui 52 anos, encostada, diagnosticada com depressão, casada, mãe e cuidadora da filha diagnosticada com esquizofrenia, grupo

familiar constituído por cinco pessoas.

- Participante 5: possui 49 anos, aposentada, diagnosticada com depressão, separada, mãe e cuidadora do filho diagnosticado com esquizofrenia, grupo familiar constituído por três pessoas.

## **ANALISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

A análise e discussão dos resultados se deu a partir da seleção de fragmentos da transcrição da fala das participantes durante as entrevistas realizadas. Estas falas se referem, direta ou indiretamente, a nossas categorias de análise. Sendo elas:

- A Família: esta categoria buscou a compreensão da estrutura familiar das pessoas entrevistadas. Englobando questões de compartilhamento de responsabilidades no cuidado do membro diagnosticado e também do histórico de saúde mental das famílias.
- O olhar da família para a pessoa, o diagnóstico e o tratamento: nesta categoria procuramos investigar como a família enxerga o membro diagnosticado, qual a percepção da família sobre o processo de diagnóstico do membro e a percepção sobre as formas de tratamento que foram e são oferecidas a seus familiares.
- A relação familiar e as implicações no cotidiano: nosso objetivo foi observar como se dá a convivência entre os membros da família e o membro diagnosticado, assim como investigar a rotina da família, se em algum momento foi necessária alguma alteração na rotina de vida ou de trabalho e se de algum modo a vida financeira foi afetada.
- A família e as relações sociais: nesta categoria quisemos investigar a relação do grupo familiar e seu membro diagnosticado com a família extensa e com os amigos e também verificar como as atividades de lazer dessas famílias são realizadas.
- A rede de apoio: nesta categoria quisemos observar como a rede de apoio auxilia as famílias. Focamos então na instituição do CAPS como instituição de apoio, buscando investigar sobre a equipe e a forma como ela lida com as famílias.

Em nossa análise objetivamos investigar, a partir da fala das pessoas entrevistadas,

exemplos de situações e percepções distintas que só se tornam compreensíveis a partir de uma leitura atenta e cuidadosa dos discursos. Este tipo de análise nos pareceu mais adequado, já que está relacionada com os pressupostos teóricos e metodológicos de nosso trabalho. Cabe acrescentar aqui os que, a fim de se preservar a identidade de nossos participantes e de seus familiares, apenas as iniciais de seus nomes foram utilizadas nos relatos.

## **A Família**

Sendo a esquizofrenia uma doença crônica e muitas vezes incapacitante, a família acaba sendo a encarregada de possibilitar o contato com os serviços de saúde e com a sociedade em geral. A família pode ser vista como uma unidade grupal, que visa preservar a espécie, nutrir e proteger sua filiação e proporcionar condições para que desenvolvam suas identidades pessoais (ALMEIDA; FELIPES; DAL POZZO, 2011).

Segundo Gomes e Mello (2012), pelo lugar que a família ocupa, quando há um diagnóstico como o de esquizofrenia, este grupo sofre intensamente com a situação, vivenciando sentimentos de culpa, angústia, aflição, isolamento, depressão e tristeza. Levando em conta esse fato, buscou-se investigar sobre os grupos familiares das pessoas que contribuíram para o estudo.

Os grupos familiares dos participantes têm entre três e sete membros, sendo que na maioria dessas famílias apenas um membro é responsável pelo cuidado da pessoa diagnosticada com esquizofrenia, como se pode observar nas falas abaixo:

É os quatro filhos, comigo cinco. Mas a menina é casada, separou né. [...] Aí quatro filho e comigo cinco, que a mulher quis separar. Mas é... a menina mora lá no outro bairro, tem um menininho já. Aí são três dentro de casa e ela lá. Que o rapaz irmão do V. também, não para. [...] Fica a menina, e eu. O V. fica aqui e o outro menino viaja. O menino viaja assim, mas ele volta, hoje mesmo ele chega. A mulher vai lá quase todo dia, que ela resolveu separar né, largou a casa. Aí minha filha paga o aluguel "pra" ela, mas ela é aposentada também. Mas aí vai lá em casa almoçar e jantar, deixa A. nervosa, porque ela é briguenta. Mas na vida, tem que levar essas coisas e saber perdoar, no mundo, ninguém é dono de nada nesse mundo né (Participante 1).

É eu, ela, o T., o G. e o meu marido. É cinco. [...] O T. é filho dela, tem 4 anos, e o G., que tem 15 anos também é meu neto, filho do meu filho que mora em outra cidade. No caso, é eu e meu marido, a F., e os dois netos. [...] Meu marido trabalha, ele sai 06:00 horas da manhã e chega 10:00 horas da noite, nem participa disso não (Participante 4).

É só três. É eu, ele e a minha filha. Só "nois" três mora junto. Eu e ele vem "pro" CAPS, e a minha filha fica em casa (Participante 5).

A responsabilidade exclusiva no cuidado de uma pessoa diagnosticada com esquizofrenia pode acarretar a sobrecarga. Considerando o grupo familiar como o principal lugar onde acontece o convívio social da pessoa com esquizofrenia, a

família assume responsabilidades que causam alterações na vida cotidiana, no orçamento familiar e muitas preocupações, ocasionando sobrecarga na família e especialmente ao principal cuidador (GOMES; MELLO, 2012). Somente em dois casos foram relatados o compartilhamento dos cuidados da pessoa diagnosticada com esquizofrenia, como podemos constatar nos relatos abaixo:

Minha irmã, fez um prédio, aí o M. morava com a gente. Aí meus pais faleceram, aí morava nós todo mundo lá. Meus irmãos foram casando, aí foi ficando eu, o M., o papai mais a mãe. Aí minha mãe faleceu, ficou, eu, ele e o papai, depois papai faleceu, aí ficou eu e ele. Depois eu casei, aí minha irmã comprou uma casa “pra” nós e fez o prédio, aí fez a casa dele por baixo. Aí ele mora por baixo da casa da minha irmã, mora sozinho debaixo da casa da minha irmã. Ela que dá comida ele, e eu lavo a roupa dele, que eu moro pertinho e moro sozinha. Que eu casei, depois fiquei viúva. Eu cuidava dele, no tempo que eu fiquei solteira em casa, eu cuidava dele, aí depois eu casei, aí fiquei viúva. Agora moro perto dele, aí eu que lavo a roupa dele. Mas é eu e ela, eu e minha irmã que toma conta dele. [...]sou eu, minha irmã, o marido dela e as três sobrinhas. São 6 pessoas, com o M. somos 7. [...] Aí nós vamos revezando “pra” cuidar, mas graças a Deus ele não dá muito trabalho não (Participante 2). Lá em casa mora 6. [...] Lá em casa lá, que trabalha mesmo assim lá, é só eu que trabalho de carteira assinada, só eu. [...] E tem outro filho meu que trabalha “pra” fora, mas só ele que trabalhou uns tempos só, não chegou nem 1 ano de carteira assinada, depois parou também, aí agora “tá” tudo em casa. E tem um outro filho meu, que tem 22 anos, o outro... que tem um de 20 e esse um de 22 anos, esse outro “tá” com problema assim... de bebida. [...] E essa irmã minha aí.[...] Passa o dia com a minha esposa. A minha esposa dá banho, troca fralda, porque precisa trocar fralda né, limpa ela, tudo direitinho. [...] Eu tenho uma esposa muito boa tá, que cuidou da minha irmã e tá cuidando. [...] Se precisar dos meninos ajudar, pra botar na cama assim, no sofá, meus meninos vai lá e tira. Se precisar de dar um banho assim, colocar na cadeira na hora de dar um banho, meus meninos também ajuda. Todo mundo lá em casa ajuda! (Participante 3).

De acordo com Silva e Santos (2009), por muito tempo a família foi vista como responsável pela doença mental que acometia um de seus membros. Com o passar do tempo a responsabilidade atribuída aos laços familiares foi se acabando e surgiram teorias apontando para fatores de predisposição ao transtorno esquizofrênico. Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V, 2014), encontra-se uma forte contribuição dos fatores genéticos para o risco de esquizofrenia. Três das pessoas entrevistadas apontam em sua fala a existência de um histórico de doenças mentais na família:

Eu tenho um filho meu que tem um probleminha assim desde novo, acho que era “pra” ter tomado remédio “pra” vida inteira, mas minha mulher não aceitou isso. Agora não tem que tomar esse remédio mais “pra” cabeça, mas tem vezes que manda ele... se perguntar que mês ou que semana que é, tem hora que ele esquece, tem hora que esquece, não lembra bem não. Aí depois, continua “pra” frente.[...] Mas é uma pessoa, um menino assim, meio nervoso, esquecido das coisas um pouco, não pode fazer muita raiva nele, se não ele fica muito agressivo demais, essas coisas assim. Mas tirando isso, ele é normal. Mas o remédio parou de tomar, não quis tomar mais não (Participante 3). O meu menino caçula, que é o B., ele faltou oxigênio no cérebro na hora que nasceu. Aí fez tratamento muito tempo, aí ele amigou, aí a mulher dele deu alta ele. Ele fazia tratamento na APAE. [...] Teve, meu pai e minha avó. A minha avó ela ficava assim, de uma hora “pra” outra ela se transformava, e meu pai era assim... sei lá! Ele parecia que era... ele já internou várias vezes, meu pai né, lá no hospital psiquiátrico, mas não recebeu diagnóstico de nada, a gente não entendia nada disso, agora que eu “tô” entendendo (Participante 4). Não, mental não. Só nós dois. [...] Eu é depressão, né (Participante 5).

Sentimos a necessidade de investigar como a família nuclear se compõe, como se envolve na vida de seus familiares com esquizofrenia e se existe histórico de transtorno mental nessas famílias. Cabe destacar que através dessas informações poderemos compreender melhor as próximas categorias, pois compreendendo a organização e funcionamento dessas famílias poderemos entender as consequências que possuir um membro com esquizofrenia trouxe para a vida destas.

### **O olhar da família para pessoa, o diagnóstico e o tratamento**

De acordo com Spadini e Souza (2004), geralmente a família da pessoa diagnosticada com alguma doença mental, define está como aquela com comportamento diferentes e fora dos padrões, ou ainda como aquela pessoa que tem comportamentos infantis, colocando a doença como meio de vida na tentativa de normalizar o estranho.

Os participantes do estudo foram perguntados sobre como eram os familiares diagnosticados com esquizofrenia. Nota-se uma atitude positiva ao descrever o familiar, embora a grande maioria tenha salientado que a descrição se refere a pessoa quando sob efeito dos medicamentos. Segundo Budini e Cardoso (2013), os familiares veem a medicação como um elemento muito importante no tratamento da esquizofrenia, observando que com o uso correto são inúmeros os benefícios oferecidos. Podemos observar isso nas falas abaixo:

Hoje, ele é sossegado. Você dá o remédio e pronto, fica sossegado assistindo televisão. [...] É parceiro, graças a Deus. A gente fala ele aceita as coisas, né. É tranquilo. [...]E a A. é uma menina muito boa né. Muito calma, muito tranquila. Arruma a casa direitinho, muito inteligente né, sabe escrever, sabe tudo (Participante 1).

O M. é uma pessoa muito boa, sabe?! Não amola, não fica nervoso mais, toma o remédio direitinho. É tranquilo. Pode falar as coisas com ele, que graças a Deus ele não responde, não fica agressivo nem nada. [...]Nossa, graças a Deus, hoje ele é outra pessoa (Participante 2).

A F. é assim, uma pessoa carinhosa, trabalhadeira, ela é muito boa comigo, agora né! Hoje eu falo as “coisa” com ela, ela não me responde, agora né, porque só Deus na causa nesses 10 anos. Aí agora tem um mês mais ou menos, depois que eu entrei aqui no CAPS e acompanho ela aqui e em todos os lugares, ela “tá” bem. Fica muito bem né, só que tem que “tá” na base do remédio né, “pra” ficar bem (Participante 4).

Ele tomando o remédio, sem a crise, ele é um ótimo rapaz, um ótimo filho. Ele é calmo, tranquilo, tudo que pede ele, ele faz, obediente, sabe?! Não fica nervoso “pra” quebrar as coisa, ele fica muito bem, tomando os remédios. Que custaram acertar os remédios, enquanto não acertou os remédios ele dava muita crise. Aí era mais difícil. Depois que acertou os “remédio”, agora graças a Deus tem tempo que ele não dá crise mais. “Tá” calmo, tranquilo (Participante 5).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V, 2014), as características diagnósticas da esquizofrenia envolvem uma série de

disfunções comportamentais, emocionais e cognitivas. O diagnóstico compreende um conjunto de sinais e sintomas prejudiciais ao funcionamento social ou profissional. Quando perguntados sobre o diagnóstico dos seus familiares, a maioria dos participantes relatam com clareza os primeiros sintomas que se manifestaram. Podemos perceber isso nas falas a seguir:

Isso aí a gente vai, a pessoa apresenta um probleminha leva lá no médico, dá uma olhada, aí dá um remedinho, aí vai assim controlando. Da A. foi assim, a madrinha dela achava ela muito calada e tudo, aí pediu “pra” levar ela no psicólogo, aí levamos né. Aí fomos levar ela em um psiquiatra lá em L., aí ela ficou internada lá naquele hospital psiquiátrico. [...] Do V. foi esses problemas também. Dele foi mais agitado porque umas duas vezes ele entrou em surto. Mas Graças a Deus controlou. Aí ficou lá, ficou uma vez em hospital psiquiátrico também [...] (Participante 1).

“Tava” na quinta série. Aí começou desmaiar, mas não babava não. Só desmaiava, não conhecia ninguém. [...] Mas com uns 15 anos, novinho assim, ele começou internar em hospital psiquiátrico, aí ele começou tomar Gadernal, novinho assim começou. E assim foi. Ele começava a ficar nervoso, agressivo, tudinho assim (Participante 2).

Com 12 anos ela estudava aqui no C., aí ela agrediu a professora aqui. Aí na época, aqui tinha uma médica, não sei se era psicóloga, não sei o que, só que tem que essa moça que mandou eu levar ela pra APAE. Aí ela começou a estudar lá na APAE [...] Aí depois que ela internou pela primeira vez, aí eles passaram ela “pro” CAPS. [...] Foi com 17 anos. (Participante 4).

Ah! Já tem uns... é... Já tem uns três anos! Acho que tem três anos. [...] Ah ele dava muita crise, ele se cortava, ele ficava nervoso e quebrava as coisas dentro de casa. Ele queria sair “pra” rua, “nois” não deixava ele sair “pra” rua nesse estado[...] Ai, eu levei ele né. [...] uma consulta, aí fez, aí diagnosticou que ele “tava” com problema mesmo, e ele passou a ser paciente do CAPS (Participante 5).

Podemos notar nos depoimentos desses participantes o quanto as primeiras manifestações da esquizofrenia são marcantes e significativas. Oliveira, Facina e Júnior (2012), confirmam isso afirmando que a pessoa diagnosticada com esquizofrenia sofre mudanças consideráveis na vida, sendo que as primeiras manifestações são vistas pela família como um marco entre o que era considerado normal e o que passa a ser doentio.

A Reforma Psiquiátrica desloca a atenção em saúde mental dos manicômios para locais de tratamento com espaço comunitário, como por exemplo o CAPS, o que transforma a realidade do doente mental (MARTINS; SOARES; OLIVEIRA; SOUZA, 2011). Nas falas dos entrevistados podemos perceber como a transformação da reforma psiquiátrica influencia no diagnóstico e na forma de tratamento. Nota-se que quem recebeu o diagnóstico a mais tempo passou por internações em hospitais psiquiátricos e quem recebeu a menos tempo teve seu tratamento iniciado nos CAPS. Isso fica evidente ao compararmos as falas de dois entrevistados:

O V. “tava” com 17 anos, né, e A. com 22 anos. O V. vai fazer 30 anos agora dia 26, e a A. tem 36 anos. [...]Então tem 13 anos do diagnóstico do V. e 14 anos do diagnóstico da A. [...] Da A. foi assim, a madrinha dela achava ela muito calada e tudo, aí pediu “pra” levar ela no psicólogo, aí levamos né. Aí fomos levar ela em um psiquiatra lá em L., aí ela ficou internada lá naquele hospital psiquiátrico. [...] Do V. foi esses problemas também. Dele foi mais agitado porque umas duas vezes ele entrou em surto. Mas Graças a Deus controlou. Aí ficou lá, ficou

uma vez em no hospital psiquiátrico também (Participante 1).

Ah! Já tem uns... é... Já tem uns três anos! Acho que tem três anos. [...] Ah ele dava muita crise, ele se cortava, ele ficava nervoso e quebrava as coisas dentro de casa. Ele queria sair “pra” rua, “nois” não deixava ele sair “pra” rua nesse estado[...] Ai, eu levei ele né. [...] uma consulta, aí fez, aí diagnosticou que ele “tava” com problema mesmo, e ele passou a ser paciente do CAPS (Participante 5).

Também se evidencia a mudança na forma de assistência na fala de uma das participantes do estudo que teve o familiar diagnosticado por volta de 29 anos atrás, aparece o relato de quando conheceram o CAPS. Podemos constatar isso em sua fala:

Aí quando foi em dois mil e... Aí depois que a minha mãe faleceu, em 2005, ele não quis nem ver a minha mãe, aí naquela noite que ela faleceu ele fugiu de casa, deixou um bilhete escrito e fugiu de casa. Aí nós ficamos preocupadas, não podia nem ficar no velório, tinha que ficar em casa, preocupada com ele, “pra” ver se ele chegava. Aí nossa né, a gente pensa a maior besteira né, como que pode. Aí quando foi no outro dia, nós achamos o bilhete, falando que ele não queria ver a mãe morta, mas aí passou, quando foi no outro dia, ele voltou, aí começou reclamar pela mãe assim, aí nisso, um dia ele passou mal. Ficou nervoso e passou mal, aí nós levamos ele no hospital. Aí levou ele no hospital, chegou lá o médico virou e perguntou: “ Ele faz tratamento no CAPS?” Aí falei: “Não, nós nem conhece o CAPS”. Aí deu injeção nele porque ele “tava” muito nervoso, entendeu?! Mas aí deu encaminhamento “pro” CAPS, em 2005. Aí era lá no S., aí deu o encaminhamento nós levamos lá. Aí, daí “pra” cá, graças a Deus não internou mais (Participante 3)

Viu-se a importância de analisar como a família vê o seu membro diagnosticado com esquizofrenia, como vê as mudanças que ocorreram com o diagnóstico de esquizofrenia. Também se investiga sobre as formas de tratamento pelas quais estes pacientes passaram. Analisar esses fatores se torna relevante pois, a forma como o membro é vista é importante para compreender como a família lida com a pessoas com esquizofrenia, assim como é relevante observar o diagnóstico e tratamento para entender como a família lida com o transtorno.

### **A relação familiar e as implicações no cotidiano**

Uma família que tem em seu núcleo um membro com esquizofrenia tem seu funcionamento afetado. O cuidado e convívio intenso com o doente acabam modificando a rotina diária, além da acentuada sobrecarga devido à preocupação constante. É importante reconhecer o sofrimento familiar que pode ser gerado (CAMPANA; SOARES, 2015).

Considerando esse fato buscou-se investigar sobre a convivência da pessoa diagnosticada com seu núcleo familiar, todos os participantes responderam de forma positiva, embora a maioria tenha relatado algum episódio em que a convivência possa ser um pouco mais complicada e tenham adotado fisionomia triste. As falas abaixo ilustram esse fato:

É normal. Normal graças a Deus. Tem hora que ele não concorda com alguma coisa, aí ele fala, fica nervoso. Agora é tranquilo né, teve a fase dos surtos. Mas agora toma remédio

direitinho, vem aqui, aí é bom de conviver. [...] A convivência com os dois, né. Com medicamento direitinho, é fácil conviver (Participante 1).

É tranquilo, tranquilo. Igual todo dia de manhã, que ele toma banho sozinho, só que tem que ele não toma aquele banho direito, aí todo... de vez enquanto, eu vou lá e falo com ele: "M., vamos tomar um banho lá em casa!" Aí ele vai lá pra casa, [...] De vez enquanto chamo "pra" tomar banho lá em casa, aí lavo e esfrego direitinho. [...] Com a minha irmã também é assim tranquilo. Bom de conviver. [...] Mas aqui, graças a Deus é tranquilo, tudo numa boa (Participante 2).

Com "nois" assim. Tem vezes que a minha esposa assim... tem hora que ela começa encher muito o saco, fica muito enjoada demais, tem hora que a minha esposa começa zangar um pouquinho com ela. Mas aí eu falo com ela: "V., tenha calma com ela que ela é assim mesmo!" [...] Mas dentro de casa assim é tudo beleza, achei que ela ia dar muito problema "nois", mas a única coisa que deu, foi ela pular lá do terraço né e quebrou essa perna aí. Mas tirando isso, vive bem. [...] Vive muito bem (Participante 3)

Ah! É normal, ela comporta normal. Eu que cuido do menino dela né, que quando o menino nasceu, ela rejeitou ele, ela tentou matar ele cinco vezes, falava que não gostava dele, porque ele tomou o lugar dela, que agora eu não ia dar mais nada ela, essa coisa assim. Mas agora já "tá" entrando no eixo. De primeira, ela tinha duas personalidades, tinha dia que ela acordava como ele era filho, aí ela "acarinhava" ele, o dia que ela acordava, olhava "pra" ele com cara feia, ele era irmão. Aí eu tinha que vigiar, até "pra" eu ir no banheiro eu levava ele. Agora não, agora ela tem uma personalidade só, agora ela sabe que ele é filho, ela zanga com ele quando ele faz arte, "acarinha" ele, brinca com ele. Mas quando ele era bebê até quando ele tinha 3 anos, ela não gostava dele não. Mas agora é tranquilo, com "nois" tudo é tranquilo (Participante 4).

Apenas uma das pessoas participantes do estudo relatou que mesmo em situações em que a interação seria mais difícil a situação é facilmente controlada. Essa participante apresenta uma postura muito positiva ao falar da convivência com o filho, endireitando-se na cadeira, levantando a cabeça e abrindo um sorriso. Eis o relato dessa entrevistada:

A convivência é boa. Minha filha cuida bem dele, se ele começa a ficar nervoso ela conversa, ele obedece muito a ela, sabe?! Ouve muito ela, que eles são muito amigos, sabe?! Aqueles "irmão", que são muito amigo, fica junto, se sair sai junto. Muito bom! (Participante 5).

Gomes e Mello (2012) reforçam que a família que convive com uma pessoa diagnosticada com esquizofrenia, demonstra sobrecarga em suas rotinas diárias, pois muitas vezes deixa de lado algumas de suas atividades para voltar sua atenção ao membro diagnosticado com esquizofrenia. As pessoas participantes do estudo foram perguntadas sobre as suas rotinas diárias, a grande maioria descreveu rotinas estruturadas para o tratamento do membro diagnosticado, sendo que apareceram poucas atividades externas ao CAPS. Isso fica bem claro na fala de uma das participantes:

Lá em casa é assim, "nois" acorda, "nois" levanta, arruma a cama, toma café e vem "pra" cá, eu mais ela, e eu levo o T. e o G. na escola, aí "nois" vem "pra" cá. Aí 11:00 horas o G. chega, o T. chega 16:30 horas, aí eu saio daqui, "nois" sai daqui 15:00 horas, "nois" vamos lá pegar o T., chega "nois" vamos arrumar a casa e eu vou fazer janta. [...]O G. fica sozinho. Meu marido trabalha, ele sai 06:00 horas da manhã e chega 10:00 horas da noite, nem participa disso não (Participante 4).

Somente uma das pessoas participantes relatou a participação em outra atividade fora de casa, mesmo assim a entrevistada não participa dessa atividade, somente os

filhos. Podemos constatar isso no relato da rotina da participante:

Acordo de manhã, aí eu faço café, ele toma café. Só que ele dorme muito, os remédios dele “faz” ele dormir muito. Ele levanta toma café, aí mexe um pouquinho na internet, depois ele vai “pro” quarto, deita e fica vendo vídeo no celular. Aí, passa um pouquinho eu vou lá ver, ele “tá” dormindo. Ele dorme muito, os remédios “dá” muito sono nele. Aí terça, quarta e quinta é nosso dia de vir “pro” CAPS, nos outros dias a gente fica em casa. [...] A nossa rotina, a gente fica mais em casa né! O P. não é de sair, só sai mesmo de casa “pra” vir no CAPS e ele faz curso de desenho no SESC, aí ele faz, só que vai junto com a irmã dele, que a irmã dele faz tratamento lá. E eles são da mesma sala do curso também, aí eles vão junto e volta e junto. Começa cinco horas da tarde o curso. Vai das cinco, as sete (Participante 5).

Segundo Zanetti e Galera (2007), algumas famílias passam por mudanças devido o surgimento da doença mental, que sobrecarregam o principal cuidador, geralmente essas mudanças ocorrem devido a preocupações com o desenvolvimento das tarefas de rotina como dormir, comer, tomar banho e até mesmo tomar os medicamentos. Os participantes do estudo foram questionados sobre as alterações na rotina, se alguma vez foi necessária alguma mudança na rotina de trabalho ou diária devido ao membro da família diagnosticado com esquizofrenia. A maioria respondeu que nunca foi necessário como podemos notar nas falas a seguir:

Tem certa hora que a gente tem que dar uma parada e resolver os problemas né, se não, não tem jeito. [...]Trabalhei de motorista de ônibus da prefeitura, trabalhei no caminhão também, e depois passei no concurso e trabalhei na ambulância[...]Aí enfartei também, quase que eu morro com esse negócio de ficar trabalhando a noite. [...]Mas aí depois desse enfarte que eu tive, eu parei de trabalhar. Tem uns oito anos que eu parei de trabalhar. [...] Antes era a mulher que ficava com eles. Mas sempre ficava em casa mesmo (Participante 1).

Mesma coisa, mesmo horário. E minha esposa também só ficava em casa, minha esposa só cuida da casa. Eu achava que ia apertar pra “nois”, achava que não ia dar conta não, mas graças a Deus “tamo” dando conta (Participante 3).

Não. Eu já era encostada a muito tempo e já fazia tratamento no CAPS.[...] No caso foi com o meu diagnóstico, eu trabalhava em casa de família, aí eu tive que parar (Participante 5).

Uma das pessoas entrevistadas conta que não chegou a alterar a rotina por conta do familiar diagnosticado, mas diz que cogitava a hipótese. O relato abaixo ilustra:

Agora que eu ia mudar, eu ia pedir “pro” senhor lá, “pra” mim trabalhar de manhã. Que eu pego da meia noite às seis horas da manhã, aí eu ia pedir ele, “pra” mim trabalhar das quatro horas da manhã às dez horas da manhã, por causa dela, mas aí “tô” de atestado ainda. Por que antigamente, por ela fugir muito aí eu trabalhava de noite assim mesmo, mas ficava mais difícil de vigiar (Participante 4).

No relato de outra pessoa participante, aparece que foi necessário que alterasse sua rotina de trabalho por conta do membro de sua família diagnosticado com esquizofrenia, como podemos observar em seu relato abaixo:

Só que tem assim, eu ficava trabalhando, eu ficava lá muito preocupada. Trabalhava em salão de costura. [...]Aí depois com o tempo eu comecei não concentrar, não concentrava na costura mais. Aquela preocupação, sabe?! [...]De pensar eles em casa e eu trabalhando né. Aí eu ficava às vezes costurando e chorando, aquela preocupação. Aí pedi conta no salão de costura e saí. Aí com o tempo, fiquei um tempo em casa, com o tempo consegui trabalhar em escola, em escola era metade do dia só né. Aí Deus abençoou fiquei um ano mais ou menos em casa cuidando deles, e depois consegui trabalhar na escola. Na escola eu trabalhava na parte da tarde também, aí dava almoço, sabia como eles “tava” e depois trabalhava do meio dia as cinco e meia na escola. Aí foi melhor “pra” mim. Quando aparecia coisa na parte da manhã, eu falava que nem precisava me falar “pra” poder pegar. Mas graças a Deus, assim

ficou tranquilo (Participante 2).  
Gomes e Mello (2012), salientam a questão do impacto financeiro. Muitas famílias se sentem sobrecarregadas financeiramente devido a incapacitação trazida pelos sintomas da esquizofrenia, muitas vezes a pessoa adoecida deixa de trabalhar ou até mesmo seu cuidador deixa o trabalho, o que acarreta queda da renda. Considerando esse fato, buscou-se investigar a vida financeira das famílias dos participantes do estudo. Notou-se que dois participantes adotaram uma postura bastante tranquila ao falar da vida financeira, permitindo que se deduza que não tem problemas financeiros. No entanto, nas falas de outros participantes, é possível perceber que existem dificuldades financeiras na família, e que muitas vezes os membros diagnosticados com esquizofrenia não recebem o benefício a que tem direito. Esse fato fica evidente nas falas a seguir:

A minha renda minha filha, eu ganho só um salário e meio, só, um salário e meio só.[...] Aí que “tá” o problema minha filha, a A. é aposentada, mas até hoje eles não me deram o cartão dela ainda. A assistente social foi lá em casa e me falou que isso é errado, isso agora já “tá” tudo no Fórum já. [...]Mas aí, “tá” tudo lá. A casa lá em C. “tá” no nome dela, tem um loja de roupa e tudo, só que ficou tudo com o padrasto dela que “tava” tomando conta dela lá, mas “tá” tudo nome dela. Mas aí, trouxeram ela “pra” cá, mas o que recebe o dinheiro dela tudo lá [...]. Me deixou só os documentos dela, um CPF e uma identidade “pra” mim só e o resto tudo “pra” ele mesmo. (Participante 3).

O dinheiro que entra lá em casa, é o meu dinheiro, porque o meu marido “tá” desempregado. Aí eu ganho 750,00, porque eu peguei empréstimo “pro” meu filho, aí eu “tô” pagando. Meu marido agora que “tá” desempregado, “tá” arrumando serviço é, de pegar café, mas começou agora.[...] “Tô” pagando aluguel, antes não pagava. Aí é o aluguel, a água, a luz, a compra, o gás, aí fica tudo assim. Tem o leiteiro e a farmácia também, porque tem remédio que eu não acho na farmacinha e o do menino dela é comprado, não tem de graça não (Participante 4).

“Nois” só vive com um salário que eu recebo, a aposentaria. Só a minha né. Não consegui encostar ele ainda. Que ele fez duas perícias pelo INSS, aí não passou, aí eu entrei na justiça, “pra” ver se saí, porque ele tem direito né. Porque ele não consegue trabalhar, os remédios dele, deixa ele muito lento, sonolento. Aí a C. não trabalha [...]. Eu pago aluguel, porque eu não tenho casa própria. Aí meu dinheiro, eu pago aluguel, pago água, pago luz, compro o gás e compro alguma coisa. Mas aí eu ganho cesta bás... aí eu tenho que ficar pedindo cesta básica, porque meu dinheiro não sobra “pra” comprar tudo (Participante 5).

Sabendo que existem várias implicações no relacionamento com pessoas diagnosticadas com esquizofrenia, buscou-se investigar essas. A necessidade de se saber da convivência, da rotina e da vida financeira, vem para a compreensão de como isso impacta as relações na família com um membro com esquizofrenia. Pode se observar no decorrer dessa categoria o quanto o diagnóstico de esquizofrenia altera na rotina dessas famílias, como a vida financeira dessas afetada e como elas lidam com essas situações.

### **A família e as relações sociais**

Para Campana e Soares (2015), alguns comportamentos e reações inapropriadas da pessoa diagnosticada com esquizofrenia, acabam limitando a interação social de

seus familiares. A família sente medo e constrangimento diante de atitudes agressivas do membro diagnosticado. O relacionamento dos familiares com o mundo externo fica abalado. Desse modo buscou-se investigar as relações com familiares fora do núcleo familiar, as relações com amigos e as atividades de lazer da família que tem um membro diagnosticado com esquizofrenia.

Sobre as relações com familiares, três pessoas participantes do estudo disseram de uma relação boa e controlada, sendo que uma dessas salientou que o paciente tem dificuldade em se relacionar mais intimamente com familiares fora do núcleo. No entanto, duas pessoas participantes do estudo relatam a relação com os familiares fora do núcleo de forma negativa. Podemos notar esse fato em seus depoimentos:

Aí que “tá” o problema, as outras, tem uma irmã minha que até hoje não viu ela, essa que eu “tô” falando com você. E tem outra que mora ali naquela rua, rua T., T. não, rua I.. Ela é professora e tudo, tem a casa dela e tudo, ela sabe que a A. “tá” tudo lá em casa com “nois”, até hoje só viu a A. uma vez só, não foi lá ver ela mais. Ninguém procura, é só “nois” lá mesmo. As irmãs, só essa de C. que veio aí domingo, igual eu “tô” falando, mas veio igual tipo beija-flor, veio e viu ela aí e foi embora (Participante 3)

Ah minha filha, a minha família morreu quase tudo, eu só tenho uma irmã e um irmão. Meu irmão mora em I., minha irmã mora ali na frente lá, aí a gente vê de vez em quando. Mas não convive não. [...] A do meu marido também não tem convivência não. Porque eles não ligam “pra” gente, não vem na minha casa, não convida a gente “pra” ir lá, aí eu fico sem jeito de ir sem convidar a gente. Chegar lá e perguntar: “O que você veio fazer aqui?” (Participante 4).

Quando questionados sobre as amizades todos descreveram as relações como boas, embora essas amizades se limitem a outros usuários do CAPS e suas famílias ou a vizinhos e pessoas da rua, permitindo perceber que essas relações não são muito íntimas. Os relatos abaixo exemplificam:

É assim, gente da rua que a gente conhece né, mas todo mundo também trata gente bem né, que a gente trata bem. [...] A gente trata todo mundo bem, né. Os outros chega a gente conversa, tudo assim. Vamos ali “pro” lado da rodoviária tomar uns guaraná né. Ele gosta muito de guaraná né, compro um guaraná (Participante 1).

Igual ele assim... tudo bem né, as amizades. Mas igual ele assim, todo ano ele gosta que festeja o aniversário dele, aí chama o pessoal do CAPS e ele gosta. Todo ano ele gosta. Aí faz churrasco, ele gosta, o pessoal do CAPS tudo vai. [...] Aí todo ano faz churrasco “pra” ele, mas esse ano ele não quis. [...] Com os vizinhos é assim, grita um oi com ele né, mas aí tem vezes que ele responde tem vezes que não. Mas assim de ir na casa dele, não vão não, vai na casa dele só nós. Mas é boa a relação (Participante 2).

“Tá” tudo normal, como era antes mesmo, tudo beleza. O pessoal vai lá ver ela, tudo gosta muito dela. O pessoal de lá de perto de casa, né. [...] Aí que eu falo com você, o pessoal que não é nada nosso assim é mais chegado. Vai lá em casa, vê a A., gosta muito da A., conversa com a A. lá. As colegas dela, vai lá ver ela (Participante 3).

Nossos amigos é os vizinhos nosso ali. A F. brinca de queimada, com os vizinhos, os meninos. Brinca de queimada, no sábado e no domingo, tem vez que brinca no meio de semana também. E eu converso mais com a M., que é minha vizinha, com a R. e a Dona M. também. Mas assim, eu gosto mais de ficar no meu canto. Todo mundo lá é amigo, se você precisar eles tão lá, mas eu não fico muito na janela, gosto mais de ficar no meu quarto (Participante 4).

Ai! Eu quase não tinha muito amigo, nunca fui de ter muita amizade. Sempre fui de ficar quieta dentro de casa, não gosto muito de sair, e o P. também sempre foi mais quieto. [...] As minhas amizades é só o pessoal do CAPS aqui, as do P. também. Na igreja tem uns membros da igreja também que eu converso, umas amizades lá [...] As amizades são tranquilas. Graças a Deus (Participante 5).

Sobre o lazer é comum se observar uma alteração, essa alteração geralmente é uma diminuição das atividades de lazer, que pode ser explicada pelo grande estigma e preconceito em torno na doença mental. Desse modo o esquizofrênico é colocado de lado pela sociedade e conseqüentemente sua família, o que causa o afastamento dessas atividades por parte do grupo familiar (GOMES; MELLO, 2012). Sobre as atividades de lazer duas das pessoas entrevistadas disseram que elas e suas famílias não realizam atividades de lazer. Podemos observar isso em suas falas:

Aí que “tá” o problema minha filha, “nois” não passeia nem nada. [...]Nem antes “nois” não passeava, ficava mais em casa mesmo, mais caseiro mesmo. Muito caseiro mesmo, fica mais em casa, não sou de sair também não. A minha vida é só do serviço em casa e ir na igreja também. Eu e minha esposa é evangélica, aí “nois” vamos na igreja (Participante 3).  
A gente não faz essas coisas não. Tem vez que a gente vai na rua fazer alguma coisa, aí eu deixo o T. balançar ali na pracinha do bairro. Aí “nois” senta no banco, eu mais ela, e fica vigiando ele balançar. Mas é só (Participante 4).

Uma das pessoas participantes diz que as pessoas do núcleo familiar realizam atividades de lazer, somente o membro diagnosticado resiste e nunca realiza atividades do tipo. Eis o relato da entrevistada:

Passeio ele não gosta. Não gosta não. Ele só sai “pra” comprar roupa, “l., quero comprar uma camisa ‘pra’ mim.” Aí eu saio “pra” comprar roupa com ele “pra” comprar uma roupa pra ele, mas passear assim, ele não gosta. Eu e a minha irmã saímos, viajamos, mas ele mesmo não gosta não. [...] Igual vou em RL, aí falo: “M., vamos em RL?” Ele não vai. Aí no Rio de Janeiro, meu irmão mora no Rio e sempre vem aí, aí falo: “Vamos na casa do meu irmão no R.?” Aí não, não quer não (Participante 2)

Os outros dois participantes do estudo relatam a realização atividades de lazer acompanhados dos membros do grupo familiar diagnosticados com esquizofrenia, mas ainda assim podemos perceber algumas restrições. Podemos observar isso em seus depoimentos:

Aí tem dia que eles quer ir no Clube, aí põe eles no carro, “nois” é sócio lá, aí vai “pra” lá e joga um baralho né, aí distrai. Ele entra debaixo daquele chuveirão. Mas agora no frio não “tô” indo lá. [...]A gente faz caminhada. Vamos no Clube, lá em cima. Hoje no caso é o meu aniversário né, aí no caso eu faço um churrasquinho no final de semana, lá em casa mesmo e pronto.[...]É assim, graças a Deus. Muito tranquilo (Participante 1).  
Viajar “nois” não viaja não. Passear “nois” vamos na casa da minha vó, vamos na casa da minha irmã, que ela chama a gente “pra” almoçar lá, aí tem final de semana que a gente vai lá, almoçar lá[...]. E vou na casa da minha vó também. Minha mãe é falecida, e meu pai “tá” adoentado, mora com a minha irmã. E dia de domingo assim a noite, eu vou na igreja. Mas vai só eu vou, meus filhos não vão, eles não “gosta” de ir na igreja. A minha menina costuma ir na pracinha, mas o P. não vai não, ele não gosta de sair. O único lugar que ele vai, ele sai “pra” vir no CAPS, “pra” ir fazer o curso, “pra” ir quando a gente vai na casa da minha vó, ele vai junto, quando vai “pra” casa da minha irmã, ele vai junto, a gente vai todo mundo junto, mas sair à noite assim, em festa ele não vai não (Participante 5).

Investigou-se sobre a vida social dessas famílias, sobre como é o relacionamento com a família ampliada, com os amigos e sobre as atividades de lazer. Nota-se que existem algumas perdas em relação a esses temas, que mesmo que descrevam as relações com familiares e amigos como positivas existem algumas restrições, assim como as atividades de lazer são restritas a atividades que os membros

diagnosticados possam realizar ou se interessem.

### **A rede de apoio**

Sobre os serviços prestados por instituições de saúde mental Filho et. al (2010), afirma que é necessário repensar e oferecer serviços que ajudem a família a lidar com a esquizofrenia. Isto por meio de grupos psicoeducativos que forneçam informação sobre a doença, visitas domiciliares, atividades ocupacionais e oficinas de artes. Essas ações de acolhimento, colaboram na adesão ao tratamento do paciente diagnosticado com esquizofrenia e na diminuição da sobrecarga na família. Desse modo, percebe-se a necessidade de investigar sobre a rede de apoio das famílias participantes do estudo.

Sobre a rede de apoio os questionamentos foram voltados para o CAPS, que é o serviço onde todos os entrevistados estão inseridos. O atendimento do CAPS de modo geral foi classificado como muito bom ou excelente. Os profissionais que compõem a equipe técnica também foram avaliados de forma positiva. Percebe-se isso nas falas a seguir:

Excelente. Muito bom mesmo. Nada a reclamar não (Participante 1).

Então, é muito bom, é tudo muito bom graças a Deus. Eu me sinto bem, gosto de vir com ele aqui, me sinto muito bem aqui com ele (Participante 2).

O atendimento aqui é bom, aqui é gostoso o atendimento aqui, muito bom. Muito bom, tenho gabado muito esse lugar aqui (Participante 3).

De modo geral é muito bom, é muito ótimo. Quando a gente não tem remédio eles “dá”, porque tem vezes que não dá “pra” comprar. Muito bom mesmo! (Participante 4)

Eu acho bom, muito bom (Participante 5).

### **Sobre equipe técnica do CAPS:**

Graças a Deus não tenho nada a reclamar não. O N., tudo que a gente precisa, ele atende direitinho. Precisa de uma receita, eles “arruma”. Eles “trata” bem as pessoas (Participante 1).

Muito bom, muito bom, eles são muito atenciosos né. Tudo que você precisa, você fala com eles, né. [...] Todos muito bons! Graças a Deus, não tenho nada a reclamar (Participante 2).

Nos primeiros dias que eu vim aqui, as meninas aqui, o doutor aqui, vou te contar “tá”. Tenho gabado muito esse pessoal aqui. [...] E aqui, “nois” fomos muito bem atendido mesmo, nas “reunião” tudo direitinho (Participante 3).

Ah, eu acho maravilhoso, trata a gente com carinho, tudo que a gente precisa eles “tá” pronto “pra” servir. Tem vezes que eu chego aqui desatinada, a tia L. é uma mãe “pra” gente, a E.a mesma coisa, o N. também é muito bom (Participante 4).

É muito bom, muito bom, se eu passo um tempo sem vir no CAPS, eles vão lá, eles me ligam, vão lá em casa saber o que “tá” acontecendo, porque “nois” não “tamo” vindo, é muito bom. Se eu precisar de ajuda de alguma coisa eles me ajudam, sabe?! As meninas atendem bem (Participante 5).

Investigou-se também sobre os tipos de orientações que a equipe busca fornecer aos familiares de seus usuários. Sobre as orientações para os cuidados com os familiares recebidos pela equipe do CAPS, dois dos entrevistados relatam orientações sobre medicamentos:

Isso daí, é que os remédios que eles tomam uma hora “tá” de um jeito, outra hora tá de outro,

né. Aí vai orientando a gente né, sobre os remédios (Participante 1) .

Pergunta assim, como que ela “tá” passando, se “tá” alimentando direitinho. Só fala assim também, se os remédios “tá” tomando direitinho. Aqui orienta direitinho, o Dr. R. orienta direitinho, tudo direitinho dos remédios. Não tem o que reclamar não. Mas o bom era se ela ficasse o dia inteiro aqui, “pra” eles acompanhar o jeito dela direitinho e poder falar mais (Participante 3).

As outras pessoas participantes relatam orientações mais relativas a convivência com o membro da família diagnosticado com esquizofrenia:

Fala “pra” deixar ele, que se ele não quiser fazer as coisas, “pra” não forçar. Aí se ele não quiser, igual assim, igual lá em casa, falo assim “M., vamos a arrumar sua casa?” Aí ele topa arrumar tudinho, aí ele me ajuda arrumar a casa, a lavar tudo direitinho, aí eles falam assim, que o dia que ele não quiser não é “pra” forçar não. E aqui assim também. Aqui ele gosta de fazer tapete de crochê, aí tem dia que não tem pano, tem dia que tem, aí fala: “ M., vai fazer o tapete.” Aí ele fala assim: “ I., hoje não “tô” com vontade não.” Aí é pra deixar pra lá, eles falam assim: “ Não força não, se ele não tá com vontade deixa ‘pra’ lá.” E tem dia que ele fica desinquieto “pra” lá e “pra” cá assim, aí eu peço “pra” eles ajudar olhar onde que ele tá, aí eles falam: “ Ah ele tá quietinho lá!” Aí a gente fica tranquila, não precisa daquela preocupação não (Participante 2).

Eles falam “pra” ter paciência. Paciência e carinho né (Participante 4).

Fala “pra” ter mais paciência com ele, mesmo quando ele tá em crise, eu tenho mais paciência com ele, sabe?! Tento controlar ele, aí na hora que eu vejo que não, eu e minha filha não dá “pra” controlar, aí eu chamo o SAMU, levo ele “pro” hospital, porque ele fica muito agressivo. Fica agressivo demais, aí a gente leva “pro” hospital “pra” ser medicado, né! Aí ele vai, aí ele fica medicado e fica bem (Participante 5).

Nessa categoria buscou-se investigar como a rede de apoio - neste caso o CAPS - é vista pela família. A avaliação por parte dos familiares foi muito positiva, o serviço e os profissionais são bem vistos pelas famílias e despertaram expressões de agradecimento nas pessoas entrevistadas. Investigou-se sobre as orientações recebidas pelo serviço e pode-se perceber que no CAPS há um espaço de diálogo com a família, que busca-se auxiliar a família na compreensão da pessoa diagnosticada com esquizofrenia.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Estudar os impactos da esquizofrenia no contexto familiar, baseia-se na experiência subjetiva de estar inserida em um serviço de atenção psicossocial enquanto estagiária, e perceber a necessidade da família estar implicada no tratamento de seus membros diagnosticados com esquizofrenia, mas também os desafios que esta enfrenta. Como observado na revisão bibliográfica deste trabalho, existe um histórico sobre a relação de pessoas com transtornos mentais e suas famílias que contribui para que ela seja como vemos até os dias atuais. Percebe-se também que a esquizofrenia, por ser um transtorno com características que dificultam a socialização da pessoa diagnosticada, acaba interferindo na relação com a família. A família com um membro diagnosticado com esquizofrenia, sofre por ser uma instituição que possui normas para seus membros e ter expectativas em relação a

esses, um transtorno como a esquizofrenia acaba por transformar toda essa estrutura da família. Desse modo, o grupo familiar sofre muitos impactos. Esses impactos afetam várias áreas da vida, como: o trabalho, a rotina, a renda, as relações familiares, as relações de amizade e também as atividades de lazer.

Para lidar com esses impactos, o grupo familiar precisa de uma rede de apoio que funcione, para que possa apesar das dificuldades contribuir para o tratamento do membro diagnosticado com esquizofrenia. Infelizmente, a família não conta com muitas opções em sua rede de apoio, e uma das principais instituições que pode auxiliar a família é o CAPS.

Observou-se uma dificuldade por parte dos familiares de expressarem seus sentimentos em relação aos membros diagnosticados com esquizofrenia, e até mesmo uma dificuldade de se vincularem a eles, mas ainda assim os familiares apresentam visões positivas de seus membros. O CAPS tem sido uma instituição que tem contribuído para facilitar a convivência com o membro diagnosticado. Embora o conhecimento seja pouco e as informações transmitidas às famílias escassas, nota-se que o trabalho do CAPS desperta as famílias para o mundo da pessoa com esquizofrenia, fazendo com que haja um pouco mais de compreensão da condição do membro.

O presente estudo ao analisar toda a história envolvida nas relações entre pessoas com transtornos mentais e suas famílias, assim como ao investigar a relação de algumas famílias com seus membros diagnosticados com esquizofrenia, contribui para o aperfeiçoamento de serviços como o CAPS, pois contribui para a compreensão da situação das famílias com membros diagnosticados. Ajuda a entender como os impactos afetam, e como a falta de compreensão por parte da família pode ser prejudicial ao tratamento.

No entanto, o presente estudo não contempla muitos aspectos subjetivos das relações familiares com pessoas diagnosticadas com esquizofrenia, como por exemplo a percepção do familiar, seus sentimentos e emoções. Por essa razão é necessário que sejam realizados futuros estudos com o olhar mais voltado para essas questões subjetivas nas relações familiares.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, A.C.M.C.H., FELIPES, L., & DAL POZZO, V.C.(2011). *O impacto causado pela doença mental na família*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, v. 6, p. 40- 47.

ALVES, J. M., ALMEIDA, A. L., MATA M. A. P.. & PIMENTEL, M. H. (2018). *Problemas dos cuidadores de doentes com esquizofrenia: a sobrecarga familiar*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, v. 19, p.8-16.

AMARANTE, Paulo. (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. FIOCRUZ, 1ª ed.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-V. (2014). *Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais*. ARTMED, 5ª. ed.

BASAGLIA, Franco. *A Instituição negada*. (1968). EDIÇÕES GRAAL, 1ª. ed.

BORBA, L. O., PAES, M. R.;,GUIMARÃES, A. N., LABROCINI, L. M., & MAFTUM, M. A.(2011). *A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v.45, p. 442-449.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Lei nº 10.216 - Lei da Reforma Psiquiátrica de 06 de abril de 2001*. Diário Oficial da União.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Diário Oficial da União.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria nº 3588, de 21 de dezembro de 2017*. Diário Oficial da União.

BUDINI, Camila Rafaela, & CARDOSO, Cassandra. (2013). *Concepções de doença mental por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia*. Perspectiva, v.36, n.136, p.143-154.

CAMPANA, Mariana Campos, & SOARES, Marcos Hirata.(2015). *Familiares de pessoas com Esquizofrenia: Sentimentos e atitudes frente ao comportamento agressivo*. Cogitare Enfermagem,v.20, n.2, p. 338-344.

CARTER, Betty, & MCGOLDRICK, Mônica.(1995). *As mudanças no Ciclo de Vida Familiar*. ARTMED, 2ª ed.

CARVALHO, Inaiá Maria Moreira de, & ALMEIDA, Paulo Henrique de.(2003) *Família e Proteção Social*. São Paulo em Perspectiva, v.17, n. 2, p. 109-122.

CARVALHO, José Carlos Marques de. (2011). *Esquizofrenia e família: Repercussões nos filhos e cônjuge*. 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade do Porto.

COLVERO, Luciana de Almeida, IDE, Cilene Aparecida Costardi, & ROLIN, Marli

Alves. (2004). *Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 32, n.2, p. 197-205.

DESSEN, M.A., & POLONIA, A. C.(2007). *A família e a escola como contextos de desenvolvimento humano*. Paideia, v.17, n. 36, p. 21-32.

FILHO, M.D.S., SOUSA, A.O., PARENTE, A.C.B.V., & MARTINS, M. C.C.(2010). *Avaliação da sobrecarga em familiares cuidadores de pacientes esquizofrênicos adultos*. Psicologia em Estudo, v.15, n.3, p. 639-647.

FOULCAULT, Michel.(1972). *História da loucura*. PERSPECTIVA, 1ª ed.

GOFFMAN, Erving.(1961). *Manicômios, prisões e conventos*. PERSPECTIVA, 9ª ed.

GOMES, M. S., & MELLO, R. (2012). *Sobrecarga gerada pelo convívio com o portador de esquizofrenia: a enfermagem construindo o cuidado à família*. Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas, v. 8, n.1, p. 2-8.

LIMA, I.C. S., SILVA, M. E. D. C., VALLE, A. R. M. C., MOURA, M. E. B., BRITO, J. N. P. O., & ROCHA, E. S. B. *Relação do cuidador e da sociedade com a pessoa com esquizofrenia*. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, v.3, p. 84-91.

MACIEL, S.C., MACIEL, C.M.C., BARROS, D.R., SÁ, R.C.N., & CAMINO, L.F.(2008). *Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica*. Psico-UFS, v. 13, n. 1, p.115-124.

MARTINS, Alissan Karine Lima, SOARES, Flaviana Dávila de Sousa, OLIVEIRA, Francisca Bezerra de, & SOUZA, Ângela Maria Alves e. (2011). *Do ambiente manicomial aos serviços substitutivos: a evolução nas práticas em saúde mental*. Sanare, v.10, n.1, p.28-34.

OLIVEIRA, R. M., FACINA, P. C. B. R., & JÚNIOR, A. C. S. (2012). *A realidade de viver com esquizofrenia*. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 65, n. 2, p. 309-16.

PRATTA, Elisângela Maria Machado, & SANTOS, Manoel Antônio. *Família e Adolescência: A influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros*. Psicologia em Estudo, v. 12, n. 2, p 247-256.

ROCHA-COUTINHO, M. L. ( 1998). *A análise do discurso em psicologia: algumas questões, problemas e limites*. In: L. Souza; M. F. Quintal de Freitas; M. M. P. Rodrigues (Orgs.). *Psicologia: reflexões (im)pertinentes*. Casa do Psicólogo, 317-346.

ROCHA-COUTINHO, M. L. (2006). *A narrativa oral, a análise de discurso e os estudos de gênero*. Revista Estudos de Psicologia, v.11, n.1, 65-69.

ROTELLI, Franco. (2001) *A instituição negada*. EDITORA HUCITEC, 2ª ed.

SCHRANK, Guisela, & OLSCHOWSK, Agnes. (2008). *O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família*. Revista da Escola de

Enfermagem da USP, v.42, n.1, p. 127-134.

SILVA, Gisele da, & SANTOS, Manoel Antônio dos.(2009). *Álbum de família e esquizofrenia: convivência em retrato*. Psicologia em Estudo, v. 14, n. 1, p. 83-91.

SILVA, Regina Cláudia Barbosa da. (2006). *Esquizofrenia: uma revisão*. Psicologia USP, v. 17, n. 4, p. 263-285.

SILVEIRA, Lia Carneiro, & BRAGA, Violante Augusta. (2005). *Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental*. Revista Latino-americana de Enfermagem, v. 13, n.4, p. 591-595.

SOARES, Carlene Borges. (2003). *Família e desinstitucionalização: impacto da representação social e da sobrecarga familiar*. 2003. Dissertação (Mestrado de psicologia). Universidade Católica de Goiás.

SPADINI, Luciene Simões, & SOUZA, Maria Conceição Bernardo de Mello e. *A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares*. Revista Escola de Enfermagem, v. 40, n. 1, p. 123-127.

ZANETTI, A.C.G., & GALERA, S.A.F.(2007) *O impacto da esquizofrenia para a família*. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 28, n. 3, p. 385-392.