



POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL E O PROCESSO DE INCLUSÃO FAMILIAR DO USUÁRIO COM TRANSTORNO MENTAL, AOS PROVIMENTOS DE CUIDADOS

Simone Ferreira da Silva Nascimento Ramos¹, Lúcia de Fátima Nunes de Moraes²

Faculdades Integradas de Patos - FIP
simoneunopar1@yahoo.com.br

RESUMO

O artigo destina-se em avaliarmos, os principais determinantes da Política Pública de Saúde Mental, no que consiste o processo de inclusão dos usuários com transtorno psíquico no ambiente familiar. A pesquisa baseia-se na revisão bibliográfica fundamentada em leituras de artigos, legislações e publicações científicas, frente os debates teóricos que perpassam a Política de Assistência Psiquiátrica Brasileira. Comumente, dando alusão aos novos modelos de Atenção Psicossociais existentes. O objetivo deste estudo tem por finalidade: identificar os principais conflitos existentes nas relações familiares, que interferem nas necessidades de provimentos de cuidados oferecidos a pessoa com transtorno mental, descrever quais são as condições assistenciais disponíveis acerca do processo do cuidar, assim como avaliar de que maneira os recursos terapêuticos predisponentes pelos cuidadores domiciliares, contribuem para o processo de reabilitação do usuário. Obstante, considerando as novas práticas terapêuticas, que buscam desmistificar a relação de distanciamento existente entre à família, usuário e comunidade. No resultado deste estudo, constatou-se que as famílias apresentam compreensão do seu papel, enquanto cuidadores domiciliares, considerando as possibilidades de inclusão, reinserção e ressocialização da pessoa com transtorno mental no contexto da vida familiar e em sociedade. No entorno, necessitando também, de serem assistidas e acolhidas, diante da perspectiva da integralidade do cuidado e da atenção em saúde, uma vez sendo incluídas no circuito terapêutico somente na condição de sociabilidade, no que persiste o processo saúde - doença. É importante enfatizar que o papel do cuidado é fundamental para o processo de tratamento da pessoa com deficiência mental, através do suporte que a rede de serviços em saúde oferece, implicando em articulação e em ações de politização, diante do apoio ao cuidador domiciliar quanto para o doente que sofre de transtorno mental.

PALAVRAS - CHAVE: Política Pública, Saúde Mental, Inclusão, Usuários, Cuidados.

ABSTRACT

The purpose of article is to evaluate the main determinants of Mental Health Public Policy, which is the process of inclusion of users with psychic disorder in the family environment. The research is based on the bibliographic review based on readings of articles, legislations and scientific publications, in front of the theoretical debates that per pass the Policy of Brazilian Psychiatric Assistance. Commonly, alluding to new models of existing Psychosocial Attention. The purpose of this study is to identify the main conflicts in family relationships that interfere with the needs of care provided to the person with mental disorder, to describe the available care conditions about the care process, as well as to evaluate Therapeutic resources predisposed by home caregivers, contribute to the process of rehabilitation of the user. Still, considering the new therapeutic practice, that seek to

¹ Assistente Social, Especialista em Saúde da Família e Saúde Mental pelas Faculdades Integradas de Patos – FIP,

² Assistente Social e Pós - Graduada em Saúde Pública com Ênfase em Vigilância Sanitária – FIP.



demystify the relation of distancing existing between the family, user and community in the result of this study, it was found that families present an understanding of their role as home caregivers, considering the possibilities of inclusion, reinsertion and resocialization of the person with mental disorder in the context of family life and in society, in the environment, they also need to be assisted and welcomed, given the perspective of integral care and health care, once they are included in the therapeutic circuit only in the condition of sociability, in which the health - disease process prevails. It is important to emphasize that the role of care is fundamental to the process of treatment of the mentally handicapped person, through the support that the health services network offers implying articulation and action of support to the home caregiver to the patient suffering from mental disorder.

KEY WORDS: Public Policy, Mental Health, Inclusion, Users, Care.





1.0 INTRODUÇÃO

O presente artigo de pesquisa objetiva realizar uma reflexão sobre os aspectos determinantes da Política Pública de Saúde Mental, a partir do processo de inclusão do usuário com sofrimento psíquico no ambiente familiar, ao considerarmos os mecanismos de provimento de cuidados oferecidos ao mesmo. No que persiste, apresentando os alicerces sócios - histórico da Reforma Psiquiátrica pela Luta Antimanicomial, frente o processo de desinstitucionalização da pessoa com transtorno mental.

O tema da pesquisa se caracteriza na análise histórica e conceitual da Política Pública de Saúde Mental, considerando as necessidades de compreendermos os principais agravos do processo do adoecimento psíquico e o que esse adoecimento interfere no âmbito da dinâmica familiar e das práticas terapêuticas mediados na demanda de provimentos de cuidados.

Considerando a importância da família sendo partícipe do tratamento e do processo de reabilitação nos serviços de atenção primária à saúde, buscamos analisar que a saúde mental não se refere unicamente em questionarmos os modelos atuais de cuidados, mais de compreendê-la a partir de seu contexto sócio - histórico, político, social e cultural, em decorrência da desconstrução da concepção preliminar da “loucura”, para a concepção do adoecimento psíquico.

Por conseguinte, percebe-se uma busca por novos caminhos para a reabilitação psicossocial, muito embora, objetivando desconstruir um modelo de assistência crônica diante das novas modalidades de atenção psicossocial, a partir da assistência na família. Assevera Bisneto: “A loucura passa a ter como referência a base social e cultural, e não apenas a base biológica”. (BISNETO, 2009, p.174). Dentre os objetivos buscaremos: Identificar os principais conflitos nas relações familiares que interferem sobre as necessidades do provimento de cuidados oferecidos a pessoa com transtorno mental, descrever quais são os mecanismos assistenciais realizados pelos familiares a cerca do processo do cuidar, avaliar os recursos terapêuticos predisponentes pelos familiares provenientes do processo de reabilitação do usuário no âmbito familiar.

Concomitantemente, o estudo tem como contribuição, realizar uma análise a cerca dos principais mecanismos de adoção de cuidados familiares realizados com pessoas com transtorno mental, encontrando-se embasado sobre os discursos e conceitos teóricos do autor Paulo Amarantes, ao considerarmos sua análise histórica significativa, frente às influências da Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil nos anos



70, em presença aos anseios e iniciativas pela reforma da Assistência Psiquiátrica Nacional. Marco este, que culminava com a Luta Antimanicomial em decorrência do modelo assistencial cronificante, privatizante e hospitalocêntrico da época, que influenciaram e motivaram a trajetória das políticas públicas de saúde mental no país.

O traçado metodológico embasou-se na revisão bibliográfica documental sobre dados e estudos científicos no âmbito da Política Pública de Saúde Mental Brasileira, estes catalogados: em livros, legislações e publicação de artigos disponíveis em sites da internet.

Em meados da década de 1960, o saber psiquiátrico foi convulsionado pelo surgimento da Corrente Antipsiquiátrica, questionando a psiquiatria convencional enquanto conhecimento científico, propondo serem frágeis às próprias bases que fundamentam a existência da doença mental. Segundo Phillipe Pinel (1793) a “loucura” deixa de ser, uma questão meramente moral para tornar-se um ramo da ciência, especificamente da psiquiatria, objetivando algumas alternativas de compreender o adoecimento psíquico. No final dos anos 80, surgia o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, lançando o lema “*Por uma sociedade sem manicômios*” e estimulando a produção legislativa de vários estados no sentido de proceder à desinstitucionalização. Tomando por modelo a Lei Basaglia Italiana, e promulgada no Brasil, em 06 de abril de 2001, decorrente a aprovação da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, a qual “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e direciona o modelo assistencial em saúde mental.”

2.1A SEGREGAÇÃO INSTITUCIONALIZADA

No Brasil, a política de assistência à Saúde Mental foi marcada tradicionalmente pelo paradigma hegemônico centralizado no saber médico, em ações individuais, curativas e medicamentosas, não favorecendo o desenvolvimento de ações direcionadas para grupos específicos: como a comunidade e a família. A atenção em saúde mental transferida para o modelo hospitalocêntrico vinha sendo questionado por uma nova forma de cuidado, substituindo o modelo excludente e inadequado de cuidados que promovia o abandono e a marginalização, por uma rede de atenção à saúde mental que favorecesse a integração e a inclusão social desses usuários.

Com o surgimento dos movimentos políticos da década de 1980, estes centrados no Movimento Sanitário; as propostas, advindas desse período resultaram na promulgação da Constituição Federal de 1988, sendo aprovada a Lei da criação do Sistema Único de Saúde -



(SUS), reafirmando as mudanças no âmbito da descentralização, hierarquização dos serviços e universalização do direito à saúde, fundamentadas em princípios como: universalidade, equidade, integralidade, regionalização e controle social.

A exclusão a pessoa com transtorno mental se configura em todas as esferas da vida do sujeito, onde o processo foi efetivado através da hospitalização em asilos e pelo surgimento da psiquiatria, ao considerar os doentes da época como seres incapazes para o convívio social, tomando - os sob tutela. No caso da loucura, Szazz (1978)

analisa que o processo de exclusão foi efetivado pela hospitalização em asilos; pelo surgimento da psiquiatria e dos psiquiatras, os quais passaram a ser os tutores dos considerados insanos e incapazes de convívio social. (SZAZZ, 1978 Apud MACIEL 2008, p.116).

É acomentado reconhecermos que a exclusão sempre manteve - se presente na história, onde durante séculos o saber psiquiátrico isolou o doente mental da família e da sociedade, colocando-o em instituição especializada, com o discurso, que o isolamento era necessário para sua proteção, e da própria sociedade.

A concepção da doença mental tornara-se eminentemente restrita aos aspectos exteriores da loucura, especialmente quando estes se configuravam como obstáculos para a vida em família e em comunidade. Concebidos como seres, inúteis, perigosos ou insanos, acabaram sendo rotulados sofrendo toda forma de crueldade, maus - tratos e negligências, sobre práticas autoritárias, através de atos de violência física e psicológica, sendo estigmatizados, marginalizados e cronificados socialmente. Assevera FOUCAULT “o conceito de poder supõe processo de imposição da vontade de alguém mesmo contra a resistência do outro. O poder não é possuído por alguém, mas é antes uma relação fluida” (FOUCAULT, 1979 apud CARVALHO (org), 2003 p. 80)

A exclusão do louco assim chamado de “doente mental” se perpetuou no tempo, de tal modo que ainda hoje, o tratamento se faz pelos sintomas a base de medicamentos e pela manutenção do doente em instituições psiquiátricas; retirando-o da família, do mercado de trabalho, dos vínculos sociais, excluindo-o totalmente da vida em sociedade.

2.2 RESULTADO E DISCUSSÃO

No contexto do conceito de inclusão, a família é uma instituição social que vem se



modificando historicamente, no entanto, é “única” em seu predominante desenvolvimento da sociabilidade, da afetividade e do bem - estar físico dos seus seres, sobretudo durante a infância e adolescência. “A família não é um simples fenômeno natural. Ela é uma instituição social variando através da história”. (PRADO, 1981). Muito embora a família seja capaz de produzir cuidados relacionais de pertencimento, capazes de promover melhor qualidade de vida aos seus membros e efetiva inclusão social na comunidade e sociedade em que vivem, no entanto, estas expectativas são possibilidades e não garantias.

A família, da forma como vem se modificando e estruturando nos últimos tempos, impossibilita identificá-la como um modelo único ou ideal. Pelo contrário, ela se manifesta como um conjunto de trajetórias individuais que se expressam em arranjos diversificados e em espaços e organizações domiciliares peculiares (SILVIO, 2002, p. 14). Desvincularem o indivíduo do meio em que vive, é o mesmo que separar a doença do contexto familiar e por ser um elemento tão imprescindível, a família deve ser compreendida como uma aliada do tratamento, atuando na promoção de práticas de cuidado, investindo na recuperação e ou reabilitação do usuário, tanto para a prevenção primária, quanto para o diagnóstico e tratamentos eficazes. “os familiares e usuários devem desenvolver um papel mais incisivo que a simples representação formal, voltada para a defesa das necessidades de uma categoria”. (VENTURINI, 1995 apud AMARANTES, 1995 p.15).

A assistência ao usuário no âmbito familiar reabre sua comunicação com a família e com o ambiente social, trazendo-lhe um sentido de existência, tornando-se imprescindível a participação familiar sobre o processo de readaptação do usuário fora da instituição hospitalar. Muito embora necessitando que a mesma seja apoiada e orientada mediante as condições de convívios adequados com pessoas que sofrem psiquicamente, obstante, intensificando sua importância para o processo de desinstitucionalização. “Se na história a loucura se constituiu enquanto doença mental, na história mesmo ela pode ganhar outro estatuto” (AMARANTES, 1995, p.76 apud BISNETO, 2009).

O tratamento de cuidados e de reabilitação do usuário, não depende unicamente sobre os aspectos que interferem sobre a dinâmica familiar, mais da adesão da família sobre o tratamento, diante das necessidades de provimentos de cuidados, dando ênfase à aprendizagem de habilidades e mudanças contextuais. Assevera Amarantes (1996. p.46.) “(...) nada pode ser modificado se vidas não forem modificadas”.

Respectivamente a família é um suporte básico para a vida de qualquer pessoa, mas para o usuário com sofrimento mental, elas possuem especial importância, frente à ocorrência



de cuidados e acompanhamentos dos membros do grupo familiar, de maneira a reconhecer a função que a doença assume na família, na reabilitação e inclusão desse usuário, a partir da compreensão do processo (saúde - doença). “a família é o lugar onde se forma a estrutura psíquica e onde a experiência se caracteriza, em primeiro lugar, por padrões emocionais.” (POSTER, 1979, apud REIS, p.104).

Em detrimento do modelo de família, percebe-se que na maioria dos núcleos familiares, as dificuldades encontradas referem-se ao relacionamento conflituoso com o doente, muito embora por apresentarem pouca compreensão e entendimento a cerca da doença mental, do seu diagnóstico frente às psicopatologias propriamente apresentadas, interferindo sobre as mudanças e alterações estruturais da organização familiar.

Onde o processo de inclusão social busca sugerir a intensificação integral da pessoa com transtorno mental no cerne da convivência familiar. Em tese: “a grande diversidade de formas de famílias e de núcleos domésticos que tornou - se uma característica cotidiana de nossos tempos.” (ANTHONY, 2005, p.01).

O acometimento da doença mental busca desencadear na família uma realidade permeada por sofrimento, dor e sentimento de culpabilização, embora associada a situações atípicas, causando: desgaste, tensões emocionais e conflitos consequentes por um ente familiar mentalmente perturbado. Extremamente vivenciados por situações de exclusão e discriminação pela sociedade, por serem familiares de pessoas acometidas de sofrimento mental, quando não, compactuando com o processo de exclusão.

Torna-se pertinente reconhecermos que ainda existam famílias que contribuem diante da manutenção do processo de adoecimento psíquico do usuário, estas compartilhadas por circunstâncias comportamentais imprevisíveis. A convivência com o doente mental tende a desencadear: ansiedade, frustração, desgaste físico e sensações de perda de controle, manifestada sobre tensões emocionais, diante da imprevisibilidade do mesmo, que debilita as expectativas sociais, originando incerteza e insegurança em seus entes familiares. “Contudo evidenciam também a necessidade de estratégias de envolvimento da família para que o tratamento ou o processo terapêutico obtenha êxito”. (MELMAN, 1998 apud SILVA, p. 207).

Embora os discursos corroborem para enaltecer as famílias como necessária para o tratamento desse usuário, também a responsabilizam quando existe a quebra da reinserção do mesmo, no âmbito do convívio familiar. Na maioria das situações, proveniente pela falta de compromisso e de responsabilidade sobre o processo do cuidar. As atitudes e comportamentos resiliêntes, que interferem sobre as expectativas familiares, intervém pela necessidade e



demandas de provimentos de cuidados com pessoas em condições crônicas, manifestando a exigência para um novo processo adaptativo da família com o usuário. Segundo HAWLEY E DEHANN (1996, p. 293), “(...) Famílias resiliêntes respondem positivamente a estas condições de uma maneira singular, dependendo do contexto, do nível de desenvolvimento, da interação resultante da combinação entre fatores de risco, de proteção e de esquemas compartilhados”.

Diante dos mecanismos assistenciais realizados pelos familiares a cerca do processo do cuidar e dos recursos predisponentes no âmbito das abordagens terapêuticas, as famílias vem tentando recorrer para estratégias de atuação, onde são estabelecidas posturas de transferência de responsabilidades, capazes de estabelecer padrões mínimos de qualidade assistencial a esse usuário.

A inserção da família é um elemento indispensável para a reforma psiquiátrica, quando se pensa o redirecionamento da assistência em saúde mental. A reabilitação psicossocial não se limita unicamente ao uso de fármacos e eventuais internações, mais sim preponderantemente a avaliação de ações e procedimentos que visem não somente à reintegração familiar e social, mas a melhoria na qualidade de vida do doente e do familiar. Assevera Amarantes “A desinstitucionalização é um processo prático de desconstrução e, simultaneamente, um processo de invenção de novas realidades.” (Amarantes 2006, p. 30).

O provimento de cuidados e as relações sociais interpessoais familiares na maioria das vezes tornam-se consignadas a partir da construção social da questão de gênero, não sendo apenas exclusividade da mulher, muito embora seja remetida a mesma, a função e o papel do “cuidar” em decorrência da posição que a mulher ocupa em relação à pessoa com transtorno mental. O cuidado é majoritariamente um encargo da família como um todo, embora causando uma sobrecarga no provimento de cuidados sobre um único ente familiar, sendo este o único cuidador no grupo, lidando diretamente com os conflitos de papéis. “Uma família é não só um tecido fundamental de relações, mas também um conjunto de papéis socialmente definidos” (PRADO, 1981, p.23).

A inversão do modelo assistencial no âmbito familiar exige novas posturas que perpassam por modelos de cuidado, implicando na participação dos diversos atores envolvidos, não apenas como alvos de intervenções, mas como sujeitos ativos na produção de saúde. Onde o modelo atual de cuidado em saúde mental é visto a partir do tratamento na família, passando esta a ser inserida no processo terapêutico e contribuindo com a reabilitação psicossocial do usuário, mediante as novas modalidades de cuidado em Saúde Mental.



3.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao pesquisarmos sobre o tema: “Política Pública de Saúde Mental e o Processo de Inclusão Familiar do usuário com Transtorno Mental aos Provimentos de Cuidados”, buscamos intensificar a trajetória da Política de Saúde Mental Brasileira diante do processo de desinstitucionalização da pessoa com sofrimento mental, frente aos modelos de sociabilidade existentes, no âmbito dos cuidados familiares. No que persistem, dando ênfase aos discursos que permeiam o envolvimento e comprometimento dos familiares no tratamento sobre o processo do cuidar. Muito embora existentes sobre a anulação do olhar diagnosticador de sintomas culpabilizadores, que buscam compartilhar pesares e saberes na construção para novos dispositivos de cuidados; ao passo de percebermos que os familiares necessitam de assistência, cuidados e acolhimento, tão quanto à pessoa acometida da doença mental.

as pessoas acometidas de “sofrimento psíquico” acabaram sendo abandonadas, discriminadas e segregadas em hospícios e hospitais psiquiátricos encontradas em condições subumanas, consideradas como indivíduos “anormais”, de alta periculosidade ou mesmo uma séria ameaça para a sociedade, estas consideradas como seres insanos, incapazes de convívio social. (...) nossa sociedade não quer reconhecer-se no doente que ela persegue ou que encerra; no instante mesmo em que ela diagnostica a doença, exclui o doente. (FOUCAULT, 1984, p.74).

A doença já instalada acaba representando mais do que um conjunto de sinais e sintomas, mais uma representação de ordem simbólica, moral, social ou psicológica para o doente e a família, demonstrando a necessidade dos familiares conhecerem a doença a partir de seus sintomas e efeitos, enfrentando o cotidiano com mais segurança e menos sofrimento. O que a princípio vem se tornando perceptível, que as famílias acabam sendo incluída no circuito terapêutico, somente enquanto uma condição determinante de sociabilidade. Muito embora responsabilizada e culpabilizada pela manifestação do transtorno propriamente dito.

Proeminentemente, embora a normalização possa ser explicada como um mecanismo de defesa familiar, as “famílias” acabam reproduzindo e reforçando atitudes estigmatizadoras, quando não, alterando a visão do próprio lugar espacial e afetivo que a pessoa com transtorno mental ocupa. Nesse cenário, as famílias acabam se autorenunciando, diante das necessidades de manutenção de provimento de cuidados a serem oferecidos a estes usuários, e da posição assumida pela pessoa com sofrimento mental no contexto familiar, onde o transtorno mental corrobora na perda das expectativas das relações afetivas, ao passo de entendermos que o “doente” ou a “doença” não estão sendo negadas como existência, mais sim: as formas e maneiras de se lidar com a “loucura”.



um novo cenário para o adoecimento psíquico é o fato de a pessoa com transtorno mental deixar de ser simples objeto da intervenção do conhecimento científico psiquiátrico e psicológico para se tornar “agente de transformação da realidade” (Amarante 1998 apud ROSA 2016, p.49) .

É a contento considerarmos a necessidade pela adesão e pactuação entre o Estado e a Sociedade, sobre a legitimidade da atenção das Políticas Públicas em Saúde Mental, estes destinados a segmentos e grupos em situações de risco social. A oferta por novos programas e serviços no respeito à diversidade das demandas e necessidades apresentadas em saúde mental, reacende o ativismo à discussão a cerca do processo de reestruturação da assistência em saúde mental no interior da luta pelo movimento da reforma psiquiátrica brasileira, intensificando a manutenção por um novo olhar de cuidados em saúde mental no âmbito familiar, enquanto substituição das estruturas asilares cronicantes, ainda existentes em nosso país.

Muito embora tornando - se perceptível que as políticas sociais ainda encontram-se subordinadas às reformas estruturais residuais, restritas as ações emergenciais de caráter assistencialista, fragmentadas, seletivas e privatizantes, sem assegurar efetivamente direitos de cidadania, o que contraria os preceitos que regem a Constituição Federal de 1988, onde estabelece a universalidade e a igualdade como princípio da Seguridade Social. É a contento considerarmos a importância do sistema de proteção social universalizantes focado no controle social e na participação popular que reconheça a partir de ações integralizadas em saúde; “organizar e manter uma infraestrutura de cuidados assistenciais, que permita o retorno do paciente ao convívio social” (Ministério da Saúde, 1994b).

Diante do processo de desinstitucionalização percebe-se a necessidade da aproximação da família com a Política de Saúde Mental numa perspectiva de integração com as demais políticas setoriais, inserindo a família em ações de atenção integral à Saúde Mental enquanto medidas preventivas que intensifiquem a consolidação do modelo assistencial para os serviços substitutivos, de base comunitária e aberta, com a intervenção direta do Estado. Todavia reconhecendo a importância da assistência à pessoa com transtorno mental em âmbito familiar e em parceria com os novos serviços substitutivos, ao passo de consideramos as internações psiquiátricas asilares prolongadas, muito embora na maioria das situações desnecessárias.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTES, Paulo. *Loucos pela Vida. A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*/ 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

ARIÈS, Philippe, 1914 - 1984. *História social da criança e da família* / tradução de Dora Flaksman. - 2 ed. Rio de Janeiro: LTC, 2006.

BASAGLIA, Franco. *A Instituição Negada. Relato de um hospital psiquiátrico*. Tradução de Heloisa Jahn.- Rio de Janeiro: 2ª ed. Graal, 1985, Biblioteca de Filosofia e História das Ciências; v.n.17.

BISNETO, José Augusto. *Serviço Social e Saúde Mental. Uma Análise Institucional da Prática* - 2 ed. São Paulo. Cortez, 2009.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant. *A família Contemporânea em Debate*. São Paulo: EDUC. Cortes, 2003.

CIÊNCIA E VIDA. FILOSOFIA. *O resgate da Sensibilidade*. Escala. ano IV, n. 45.

FOUCAULT, M. (1984). *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

_____. *A família Contemporânea em Debate*. São Paulo: Cortez, 2003.

FEIJO. Alexandre Rahbani Aragão. *Direitos humanos e proteção jurídica da pessoa portadora de deficiência: normas constitucionais de acesso e efetivação da cidadania à luz da Constituição Federal de 1988*. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Brasília, 2002.

GABRIEL, Pedro. Conselho Nacional de Saúde CNA. *Acessibilidade, direitos, cidadania*. 2009. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/comissao/conf_saudemental/adidadania.htm>. Acesso em: 12 nov. 2009.

GIDDENS, Anthony. Sociologia. *“As Famílias”*. Artmed. Porto Alegre: 2005, 4ª ed. <<http://www.inverso.org.br/blob/144.pdf>>. Acesso em: 18 de jul. de 2010.

MACIEL, Silva Carneiro et. al. *Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica*, Psico - USP, v. 13, n.1, jan./jun.2008.

MELMAN, J. *Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e seus familiares*. São Paulo: Escrituras, 2001.

MACEDO, Camila Freire. *A evolução das políticas de saúde mental e da legislação psiquiátrica no Brasil*. *Jus Navigandi*, Teresina, ano 10, n. 1017, 14 abr. 2006. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=8246>>. Disponível em: 27 ago. 2010.



NOGUEIRA, Maria Sônia Lima. – UECE. *Políticas Públicas de Saúde Mental e Reforma psiquiátrica no Brasil: desafios de Inclusão Social.*

PRADO. Danda. *O que é família.* Coleção - Primeiros 50 passos. Brasiliense s. a São Paulo. 1. ed. 1981.

REIS. José Roberto Tozoni. *O Homem em Movimento.* Família, emoção e ideologia, p.104. 1979.

ROSA, Maria Lúcia dos Santos. *Sofrimento mental e o cuidado na família* - ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. *Atenção psicossocial e Serviço Social.* Prefácio de Marco José Oliveira Duarte. Campinas: Papel Social, 2016.

SARTI. Cynthia Andersen. *A família como Espelho. Um estudo sobre a moral dos pobres!*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

SEVERO, Ana Kalliny de Souza et al. *A experiência de familiares no cuidado em saúde mental,* Arquivos Brasileiros de Psicologia, v. 59, n. 2, 2007. p. 148. Disponível em: <<http://www.psicologia.ufrj.br/abp/>>.

SÍLVIO, Manoug Kaloustian. (Org). *Família brasileira, a base de tudo!* 5 ed. - São Paulo: Cortez, 2002.

SILVA, Ana Luísa Aranha; OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira. *Intervenções com Familiares no Campo Psicossocial.* Manual de Enfermagem. Disponível em: <www.ids-saude.org.br/enfermagem>.

TAVARES, J. (Org.) *A resiliência na sociedade emergente.* São Paulo: Cortez, 2001 p. 43-75.

Universidade Estadual de Campinas. Brasil. *Reforma Manicomial: Uma reforma silenciosa e reversível.* Disponível em: < <http://www.comciencia.br/reportagens/manicom/manicom1.htm>>. Disponível em: 24 de jul. de 2010.