

Resumo

Este estudo propõe-se identificar a percepção de pacientes psiquiátricos sobre suas famílias. Realizamos abordagem qualitativa de pesquisa, utilizando entrevista aberta, com técnica de história oral de vida. Os dados foram analisados através da Análise Temática, obtendo-se duas categorias básicas: Afeto e Desafeto. Pudemos constatar que os substratos relacionados ao desafeto foram mais frequentes, permitindo identificar que os sujeitos ouvidos têm dificuldades no convívio familiar. Por outro lado, o significado da família e as expectativas em relação à mesma são muito variáveis e particulares para cada pessoa. O estudo sugere a necessidade de atendimento subjetivado, além da consideração da percepção e expectativa do paciente em relação à sua família, para que possamos assumir estratégias adequadas para o tratamento.

Descritores: enfermagem psiquiátrica; família; compreensão; reabilitação

Abstract

This study identifies how psychiatric patients perceive their families. We performed qualitative research, using open interview and life story narrative techniques. The data was analyzed using Thematic Analysis methodology, from which we identified two basic categories: Affection and Disaffection. Feelings related to disaffection were more frequent, allowing us to infer that the subjects suffer from difficulties in family relationships. On the other hand, the meaning of the family and the expectations held are variable and specific to each person. The study suggests the need for forms of assistance that take into account the subjective domain, by considering the perception and expectations of the patient regarding his/her family, and then planning an adequate therapeutic strategy.

Descriptors: psychiatric nursing; family; understanding; rehabilitation

Title: How psychiatric patients perceive their families: a two-sided mirror

Resumen

El estudio propone identificar la percepción de pacientes psiquiátricos sobre sus familias. El instrumento utilizado ha sido la investigación calitativa con entrevista abierta, y técnica de relato oral de vida. El análisis temático para analizar los datos obtiene dos categorías básicas: Afecto y Desafecto. Se ha constatado que los sustratos relacionados al desafecto son más frecuentes y es posible identificar que los sujetos hablantes tienen dificultad en la convivencia familiar. Por otro lado, el significado de la familia y las expectativas respecto a la misma son muy variables y particulares para cada persona. El estudio sugiere la necesidad de un atendimento subjetivo, considerando todo lo que el paciente percibe y espera de su familia, para que se puedan asumir estrategias adecuadas para el tratamiento.

Descriptores: enfermería psiquiátrica; familia; comprensión; rehabilitación

Título: Percepción de pacientes psiquiátricos sobre sus familias: un espejo de dos caras

1 Introdução

Profissionais de saúde mental, hoje, buscam melhorar a assistência ao paciente psiquiátrico, considerando que a pessoa portadora do transtorno mental pertence a um meio que influencia e sofre influência desse sujeito, bem como as modificações de concepções que envolvem o respeito e o direito destes sujeitos de viverem em sociedade.

Assim, a rede pública tem sido implementada com alguns serviços que trazem um outro modo de atendimento à pessoa portadora de transtorno psiquiátrico, como os Centros de Atenção Psicossocial, Núcleos da Atenção Psicossocial, Pensões Protegidas, Hospitais-Dia, e vários Projetos de Cooperativas, Oficinas Terapêuticas os quais contribuem para o desenvolvimento do processo de Reabilitação Psicossocial.

Sob esse novo prisma assistencial, é relevante ressaltarmos a inserção da família no processo reabilitativo, pois esta tem papel fundamental na assistência ao paciente. E considerar a família como parte integrante do tratamento psiquiátrico passou a ser de fundamental importância à medida que os serviços extra-hospitalares de saúde mental ganharam relevância e tornaram-se o eixo de uma nova forma de assistência, voltada para o tratamento do paciente dentro do seu próprio meio social.

Porém, não podemos ignorar as dificuldades encontradas pela família na convivência, na aceitação e no entendimento de sujeitos com transtorno psiquiátrico, o que é possível de se entender mediante o fato de que, por muitos

séculos, a sociedade escondeu os pacientes psiquiátricos atrás dos muros manicomiais. Esta prática, não mais aceita, vem gerando uma outra demanda aos serviços de saúde mental, que é a busca de assistência por familiares. O envolvimento afetivo característico dos laços familiares, de alguma forma orienta as tentativas de entendimento e as buscas de soluções⁽¹⁾.

A busca de soluções, muitas vezes, é efetuada no serviço em que o paciente está sendo atendido. Profissionais em psiquiatria de algumas instituições vêm percebendo a relevância de se assistir também o familiar do paciente. Estudos nesse sentido vêm emergindo desde os anos 40, destacando-se as relações familiares e os aspectos sociais de saúde mental⁽²⁾. No Brasil, porém, o enfoque dado na assistência ao paciente portador de transtorno psiquiátrico e seu meio familiar vem ganhando importância somente a partir do final do século XX.

Diversos tipos de atendimento e suporte são dados aos familiares, com o intuito de melhorar a assistência a essa unidade social (família), interagindo nas relações existentes na estrutura que de maneira muito intensa, traz contribuições positivas e/ou negativas para o tratamento e reabilitação dos pacientes.

Se considerarmos que cada família possui sua forma de viver, suas crenças, valores e relações, a assistência prestada a esse conjunto deve ser singular. Pois, apesar de todas as teorias que contribuem para que os profissionais atendam da melhor forma possível, não podemos desconsiderar a forma única que cada um vive em família.

* Enfermeira. Mestre em Enfermagem Psiquiátrica. Professora Coordenadora disciplinas de Psicologia, Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental da Faculdade de Saúde e Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí – NOVAFAPI. **Enfermeira. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica pela EERP/USP. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu. Docente da Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da EERP/USP.

E-mail do autor:

Em nossa experiência com alguns serviços psiquiátricos, em discussões acadêmicas, envolvendo conhecimento de literatura, pudemos observar que a atuação junto ao paciente/família ainda vem sendo realizada de forma padronizada e normatizada, com carência de considerações singulares sobre o significado da família para cada paciente. De um modo geral, pouco é falado e considerado sobre o aspecto da importância daquilo que a família representa para o paciente, ou seja, esse fator não é mencionado na programação das atividades terapêuticas com cada família. Percebe-se que o significado da família para o paciente é considerado mais em termos de conceitos gerais, com pouco enfoque no que esse núcleo representa para cada pessoa com transtorno psiquiátrico.

Entretanto, faz-se necessário um olhar mais delicado, não padronizado, ao atendimento do paciente e sua família.

Acreditamos que, se a família pode ter dificuldades para conviver com um familiar doente, esse também pode ter as suas dificuldades, seus medos, expectativas e receios em relação à sua família.

Partindo dessa premissa, essa pesquisa investigou a percepção de pacientes portadores de transtornos psiquiátricos em relação a suas famílias, visando poder contribuir para o planejamento e tratamento desses grupos.

Desta forma evidenciando o conhecimento de que devemos dar aos sujeitos (pacientes) condições para expressarem seus desejos e sua história, esta pesquisa teve como objetivo identificar a percepção de pacientes psiquiátricos sobre suas famílias.

2 Procedimento Teórico-Metodológico

Na realização deste estudo, trabalhamos dentro dos pressupostos do método qualitativo de investigação, entendido como o “método capaz de [...] incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais”⁽³⁻¹⁰⁾.

A pesquisa qualitativa permite a utilização de várias técnicas, buscando a compreensão e identificação de determinado fenômeno em sua totalidade. Como nosso objetivo compreende essa busca, e não somente a focalização de conceitos específicos, utilizamos como instrumento de pesquisa a entrevista aberta.

Esta possibilita investigação mais ampla e profunda, já que o investigador tem liberdade para intervenções, permitindo a flexibilidade necessária em cada caso particular⁽⁴⁾. Assim, recorreremos à técnica de história oral de vida.

A história oral de vida é uma maneira mais pessoal e particular de registro de experiências, a mesma não é simplesmente informativa e propõe-se a mostrar a versão do indivíduo de sua experiência pessoal⁽⁵⁾. Esta técnica também apresenta-se como “um instrumento privilegiado para se interpretar o processo social a partir das pessoas envolvidas, na medida em que se consideram as experiências subjetivas como dados importantes que falam além e através delas”^(3:126).

Outro aspecto que também contribuiu na escolha dessa técnica, é que pode-se apreender aspectos importantes de uma sociedade, de um grupo, seus valores, suas crenças, seus comportamentos e suas ideologias e, com isso, tentar entender um pouco de poucos homens, para que, de alguma forma, se possa assistir o sujeito compreendendo o que lhe é significante.

2.1 O contexto do estudo e os sujeitos

Este estudo foi realizado no Núcleo de Atenção Psicossocial -1 (NAPS-1) do Programa de Saúde Mental do município de Ribeirão Preto. Este serviço foi inaugurado em agosto de 1995, estabelecendo-se como instituição aberta, sem grades de isolamento, sem portas fechadas e sem espaço de reclusão⁽⁶⁾. O NAPS-1 cobre uma área predominantemente urbana de cerca de cento e dez mil habitantes, incluindo todos os bairros do Distrito Central de Ribeirão Preto. O serviço apresenta duas modalidades de atendimento: a semi-

internação e o regime ambulatorial, oferecendo cuidados diários a usuários com transtornos mentais, durante cinco dias por semana (de segunda a sexta-feira), das 8h às 17h.

A escolha do NAPS-1 como campo para esta pesquisa deu-se em virtude das características de seu funcionamento, isto é, faz acompanhamento de longo prazo, o que permite contato com os pacientes fora da fase aguda da doença. O trabalho de longo prazo também proporciona melhor vínculo do paciente com o serviço.

Os sujeitos desta pesquisa foram escolhidos entre os usuários do NAPS-1 em regime de semi-internação. Foram selecionados pacientes que não estavam na fase aguda da doença, que fossem capazes de narrar suas experiências, já que a técnica utilizada foi a de história de vida. A participação no estudo foi voluntária, mediante leitura e assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido. E o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

2.2 Procedimentos para coleta dos dados

Primeiramente foi realizada observação de campo, que é permeada por pressupostos que norteiam o observador para que o instrumento torne-se mais eficaz⁽⁴⁾. Posterior à observação, foi realizado um convite individual aos sujeitos. Mediante sua aceitação, foi realizada a entrevista, utilizando um gravador para o seu registro. Para todos os entrevistados foi dado a seguinte instrução: estou escrevendo um trabalho sobre indivíduos que apresentam transtornos psiquiátricos e gostaria de saber se você poderia colaborar comigo falando sobre sua vida.

Nas entrevistas ocorreram intervenções por parte do pesquisador, que são realizadas no intuito de “estimular a produção verbal do sujeito, na intenção de esclarecer aspectos obscuros das narrativas, além de estimular o próprio relato das experiências vividas”^(7:26). O número de sujeitos não foi predeterminado, mas obedeceu à amostragem teórica que levou em consideração não só a repetição dos significados atribuídos, mas também a singularidade das vivências. Partindo dessas premissas, foram realizadas oito entrevistas, sendo quatro com homens e quatro com mulheres.

Após as fases de realização e transcrição das entrevistas, buscamos os registros contidos nos prontuários, com o intuito de que essas leituras pudessem contribuir para um melhor entendimento e esclarecimento relacionados às trajetórias de cada pessoa.

2.3 Procedimentos para análise dos dados

Na busca de se atingir os significados manifestos e latentes do material qualitativo, utilizamos-nos da Análise Temática que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma entrevista, isto é, que em uma comunicação a presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado⁽³⁾.

A operacionalização da Análise Temática, desdobrando-se em três etapas⁽³⁾, que foram seguidas para a obtenção dos resultados, respectivamente, constituída por pré-análise (retomada de objetivos/elaboração de indicadores), exploração do material (codificação/categorias) e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

3 O reflexo da família em um espelho de dois lados: afeto e desafeto

Ao nos referirmos ao termo família, tocamos em um assunto particularmente próximo à experiência de cada um e por isso o assunto vem cheio de significados afetivos e cognitivos⁽⁸⁾. Assim, cada indivíduo tem sua própria forma de representação da família, que pode estar ligada ao juízo, opiniões, afeto, emoções e expectativas.

Neste estudo, constatamos que os relatos fornecidos pelos sujeitos – aqui denominados de Pedro, João, Matheus, Marcos, Éster, Sofia, Ruth e Isabel –, sobre suas famílias,

continham percepções de significado preponderantemente afetivo, o que nos conduziu a duas categorias básicas: afeto e desafeto, e a partir dessas, obtivemos as subcategorias: afeto e cuidado, desafeto e vexar e desafeto e ausência.

Afeto - O afeto é como um alimento, isto é, é tão indispensável para a sobrevivência de um indivíduo quanto são "o oxigênio que se respira ou a água e os nutrientes orgânicos que se ingere"^(9;20). O afeto pode ser manifesto de diversas e distintas formas. Através dos dados coletados apreendemos o afeto sendo mencionado como cuidado.

Afeto e cuidado - A percepção de quatro pacientes sobre suas famílias, foi a de uma família cuidadora e afetuosa, evidenciando a importância dos vínculos construídos durante o ciclo vital da família⁽¹⁰⁾.

O cuidar não se limita somente no estar perto, mas estar presente, e que essa presença traga apoio e compreensão, e isso nos remete ao mecanismo de *feedback*⁽⁹⁾, ou seja, onde os efeitos não são mera consequência passiva de supostas causas. Sendo assim, as influências (morais, afetivas, culturais) não são lineares, mas circulam em uma realimentação por todos os membros do grupo familiar.

Na fala de um dos sujeitos percebemos as trocas que acontecem no meio familiar: *Relaciono até hoje, né? Porque eu vivo com eles. Ah [...] eu relaciono assim [...] a gente vive junto e [...] vive junto [...] a gente sabe compreender um o outro [...]. Eu gosto muito da minha família.* (Pedro)

Ainda encontramos a percepção de família enquanto cuidadora, voltada somente a uma pessoa de todo um grupo, isto é, o sentimento de ser acolhido, ser cuidado advém dos cuidados de atenção recebidos por parte de uma só pessoa do núcleo familiar. E, nesses casos, a figura da mãe é que tem maior destaque e atuação, ocasionando assim acúmulo de atribuições e encargos maternos. Um dos sujeitos demonstra isso quando fala da mãe, já falecida:

[...] o meu pai deu para ela, passou para ela, ela me pegou nos braços e me atravessou no colo, na água, com os joelho doendo por modo de que... não me pegar água. Atravessou por modo de chamar um médico do outro lado. Me atravessou por toda a água (Marcos).

Portanto o sujeito possuir ligações afetivas mais intensas com uma ou mais pessoas da própria família é comum quando se vive em grupos, quer seja por afinidade, por proximidade ou por necessidade⁽¹¹⁾.

A representação da família ideal pode estar presente, pois, sendo as idéias próprias de cada indivíduo, a imaginação de como gostaria que fosse a família pode permear os pensamentos e discursos⁽⁶⁾. Em tal família imaginária, onde tudo se faz possível, encontra-se tudo, por isso nela se acha o apoio, o carinho, a presença, o afeto e os cuidados.

Pudemos observar essa construção de família ideal através de uma paciente que passou vinte e cinco anos internada em um hospital psiquiátrico. Foi internada pela família, que mora em outro município, portanto afastada de qualquer vínculo familiar. Mesmo assim, ela tece sua família imaginária:

A minha família ficou em São Paulo, e sempre ia me visitar. Eu fui internada num domingo, no domingo seguinte eles vieram me visitar. Sempre eu [...] eu tinha telefone, eu telefonava para eles a cobrar, né? Telefonava para eles lá, né? Enfim, o que eu precisa lá, eu escrevia, me correspondia (Ruth).

Desafeto - Nos discursos elaborados, evidenciam que a falta, a carência de afeto, a ausência de suportes emocionais marcaram as referências de família para alguns sujeitos ouvidos. Isto é demonstrado na fala de um dos sujeitos quando refere-se a mãe: *Agora ela me judia um pouco, viu, Adriana? Eu estou falando isso para você [...]* (Pedro). Nesse momento, ele coloca as suas duas mãos na boca e fala muito baixo como se fosse difícil falar sobre isso e continua: *É mãe, né? Você tem sua mãe, você deve ter suas impressões de sua mãe [...]* (Pedro).

A ausência de recebimento de afeto acarreta ao indivíduo um não desabrochar, um fechamento em uma espécie de concha⁽⁹⁾.

Dentro da unidade familiar existem trocas, entre seus membros, mas se, entretanto, a atmosfera familiar é plena de desvios, podem ocorrer sentimentos profundos de frustrações e inevitavelmente esses sentimentos vêm acompanhados por hostilidades e ressentimentos⁽¹⁰⁾.

Nos resultados obtidos nesta pesquisa em que as percepções dos pesquisados sobre suas famílias apresentam preponderantemente significados emocionais, observamos que o tema desafeto aparece com maior frequência nos relatos. Assim obtivemos as subcategorias: desafeto e vexar e desafeto e ausência.

Desafeto e vexar - Etimologicamente a palavra vexar pode significar: causar tormento a; [...] maltratar; [...] afligir; [...] afrontar; [...] apoquentar; [...] azafamar; [...] ^(12;1772). Isso nos leva a refletir que maus-tratos não cabem somente à forma física de manifestá-lo, mas, também, através de gestos, palavras, cortes e podas.

Os transtornos psiquiátricos foram identificados em indivíduos que vivem em famílias de estruturas diversas, ambientes pobres e ricos, em contato com pais separados, desestruturados, indiferentes ou com pais unidos entre si e afetuosos⁽¹³⁾. Essa é uma questão relevante quando se trata da ocorrência de vexar, pois esta pode ocorrer nos vários tipos de estruturas familiares.

Dessa forma, vexar pode estar também relacionado ou somado a vivências de agressão física, como demonstrado por um dos sujeitos:

Era só eu e minha mãe. E nós tínhamos um relacionamento muito difícil, nós duas. Minha mãe era muito nervosa e batia muito em mim. [...] e nós brigávamos [...] muito. A gente nunca se deu bem (Ester).

Todavia, a maioria dos pacientes ouvidos referiu-se pouco à agressão física, mas relatou sentimentos resultantes da ausência de carinho, palavras destrutivas, agressões morais, entre outros.

O relato de outro sujeito, ao referir-se à mãe, sugere um vexar moral, que vem acompanhado de desvalorização do ser humano e redução de sua auto-estima:

[...] quando ela viu a pintura ela rasgou tudo, rasgou a pintura e jogou tudo no lixo, ainda. [...] ela não podia [...] por que ela rasgou aquela [...] a minha pintura? Eu nunca falei nada, sou uma pessoa que não fala não tenho coragem de chegar para ela, eu nunca fui falar a ela: não, você rasgou a minha pintura, você [...] por que você fez isso, se a pintura é minha? Eu não sei [...] não quis falar isso, fiquei quieto. Tudo para ela não vale nada, tudo para ela, ela acha que é porcaria. (João)

A ausência da consideração da subjetividade do direito de alteridade do doente mental pode, muitas vezes, também, estar no modo de pensar e conduzir da família, podendo até chegar ao ponto da institucionalização dentro de casa

Quanto a isso, o doente mental pode ser estigmatizado na sua loucura como improdutivo e incommunicante, pelos próprios familiares, o que pode levar ao abandono e à institucionalização doméstica⁽¹⁴⁾.

Isso pode ser sentido pela pessoa portadora de doença mental como desvalorização, exclusão e ausência de exercício dos próprios direitos, também dentro do núcleo familiar. Não são somente coisas materiais que podem ser retiradas ou negadas a um indivíduo, mas também seus sonhos e seus desejos:

[...] eu falo para ela: eu vou casar ou amigar, trazer uma mulher aqui, para morar comigo. Aí ela já fica nervosa, já [...] não, não, não sei o que, e fala e fala e fala. Se eu tivesse mesmo condição de ter uma casa, ter uma companhia, eu teria. Eu gostaria de ter, mas isso

tudo [...] até isso é difícil para mim (João).

Desafeto e ausência - Mesmo estando no grupo familiar, alguns sujeitos vêem suas famílias como ausentes, não se reconhecem e nem se sentem reconhecidos como pertencentes à dinâmica familiar, demonstrando assim que, embora ocupem espaço físico dentro de casa, sentem que na família há dificuldades na teia relacional.

[...] não percebiam o meu comportamento, a minha irmã não ligava, né? A minha vó também não. [...] eu resolvi voltar a viver, não sei como, foi de repente, como eu te falei, né? E [...] meus pais não disseram se foi bom ou se foi mau, não disseram nada para mim [...] parabéns [...] não disseram nada (Mateus).

Uma das principais características de nossa sociedade é a falta de segurança na vida em grupo⁽¹⁰⁾. O isolamento emocional do indivíduo e a necessidade de pertencer a um grupo são profundos e as frustrações de não conseguir são vastas. Quando se fala de pacientes que apresentam transtornos psiquiátricos, esses sentimentos são mais observados, pois a história já vem marcada por abandonos, estigmas e exclusões.

A ausência, a falta de alguém perto e presente gera sentimentos de abandono e solidão: *E hoje [...] e agora tem que ser eu. Eu que... por mim não tem ninguém* (Marcos). *Eu nunca tive, eu sinto falta. Um lar, irmãos, pai e mãe... eu não tive* (Ester).

Alguns sujeitos deste estudo têm vivência de longos anos de internação em hospital psiquiátrico. Embora hoje vivam fora dos muros hospitalares, percebe-se que os atuais muros presentes são constituídos pelo vazio e pela falta de laços familiares:

Então para mim eu sinto [...] sinto falta de conversar, sinto, sinto falta da minha família. (Sofia) [...] eu falei: as minhas coisas [...] para quem, que eu vou contar, né? Porque [...] porque muitas vezes a gente tem algumas coisas que precisa ser contado para alguém, para desabafar, para [...] esclarecer certas coisas, né? E eu não tenho, né? Ninguém assim [...] né? (Sofia).

Assim, ouvindo os relatos trazidos, pudemos pensar sobre os reflexos da família na vida de cada sujeito, no decorrer das entrevistas foi mencionada a falta que sentiam de alguém para dividir os sonhos, os desejos, as aflições, os próprios sentimentos. Muitas vezes ficou latente a pergunta: Com quem? Com quem eu posso contar? Com quem eu posso falar? Com quem eu posso conversar? Quem pode me ajudar?

4 Considerações Finais

Os resultados deste trabalho apresentaram-se plenos de substratos afetivo-emocionais, mostrando-nos o quanto são significativas as variáveis que envolvem as relações familiares. Essa observação deu-se através das percepções dos pacientes a respeito de suas famílias que, embora fossem muito singulares, apresentaram temas que se repetiam. Essas percepções, basicamente emocionais, apresentaram conotações positivas (afeto) ou negativas (desafeto).

Se considerarmos a particularidade desses aspectos, perceberemos que os substratos relacionados ao desafio foram mais frequentes. Isso demonstra a importância de subjetivar o atendimento e considerar a percepção e a expectativa do paciente em relação à sua família, tanto para que se possa assumir estratégias adequadas para o trabalho com esse grupo, bem como fazer avaliação adequada do quanto, no

momento, é possível contar com o grupo familiar. Tendo em vista que as percepções e as relações familiares apresentam-se como um processo dinâmico e cíclico, considera-se que uma atuação terapêutica, neste sentido, requer avaliações constantes do contexto familiar e, a partir disso, reestruturação das abordagens assistenciais.

O estudo também evidencia quão diversa pode ser a percepção de um sujeito sobre sua família, levando-nos a ratificar a subjetividade das percepções, dos significados, dos sentidos dos sentimentos, fundamentada nas imagens refletidas pela vida de cada um.

Dessa forma, o significado e as expectativas em relação à família são variáveis e particulares para cada pessoa. Esse aspecto deve ser levado em conta para o planejamento do atendimento familiar e do paciente, já que se pretende, através da busca de transformações assistenciais, trilhar um novo caminho em direção às reais mudanças almejadas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, possibilitando a efetivação de percursos reabilitadores.

Referências

- Villares CC, Redko CP, Mari JJ. Concepção de doença por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Rio de Janeiro 1999 21(1):36-46.
- Bassitt W. A família e a doença mental. In: D'Inácio MA, organizador. *Doença mental e sociedade uma discussão interdisciplinar*. 8ª.ed. Rio de Janeiro: Graal; 1992. p.278-88.
- Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 3ª ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1994.
- Bleger J. *Temas de psicologia: entrevistas e grupos*. Tradução de Rita Maria M. de Moraes. São Paulo: Martins Fontes; 1991.
- Santos AP. *Ponto de vida: cidadania de mulheres faveladas*. São Paulo: Loyola;1996.
- Diniz, SA. *A medida da satisfação dos usuários com um serviço público municipal de saúde mental*. [tese doutorado em Enfermagem]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo;1999.167f.
- Pereira MAO. *Representações sociais de pacientes psiquiátricos sobre a loucura, a internação e o sofrer psíquico: a triste passagem e a triste paisagem*. [tese doutorado em Enfermagem]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1997. 208f.
- Biasoli-Alves ZMM. *Relações familiares. Texto e Contexto*, Florianópolis (SC) 1999 maio/ago; 8(2): 229-41.
- Osorio LC. *Família hoje*. Porto Alegre (RS): Artes Médicas;1996.
- Ackerman NW. *Diagnóstico e tratamento das relações familiares*. Porto Alegre (RS): Artes Médicas;1986.
- Shepherd CR. *Pequenos grupo: aspectos sociológicos*. São Paulo: Atlas;1969.
- Ferreira AB de H. *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira;1986.1809p.
- Sonenreich C. *A família e o espaço psicológico*. In: D'Inácio MA, organizador. *Doença mental e sociedade uma discussão interdisciplinar*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1992. p.265-277.
- Evaristo P. *Gestão da psiquiatria na comunidade*. *Cient. Ciênc. Biol. Saúde*, 2000 out; 2(1): 27-34.

Data de Recebimento: 08/10/2003

Data de Aprovação: 30/04/2004