

Repercussão familiar da desinstitucionalização do ente com transtorno mental
Family repercussion of the deinstitutionalization of the ent with mental disorder
Repercusión familiar de la desinstitucionalización del ente con trastorno mental

Recebido: 07/11/2020 | Revisado: 09/11/2020 | Aceito: 13/11/2020 | Publicado: 17/11/2020

Gabrielle Soares Batista

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9246-5603>

Centro Universitário Santo Agostinho, Brasil

E-mail: gabriellesoaresbatista@outlook.com

Liana Dantas da Costa e Silva Barbosa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8191-102X>

Centro Universitário Santo Agostinho, Brasil

E-mail: dantasliana@bol.com.br

Maria Enoia Dantas da Costa e Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2628-645X>

Centro Universitário Santo Agostinho, Brasil

E-mail: mariaenoiadantas@hotmail.com

Resumo

A desinstitucionalização da atenção aos indivíduos com doença mental é um dos fundamentais propósitos da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Sendo assim, tem-se como fase central, o redimensionamento do manicômio com o argumento da extinção gradativa dessa circunstância, através da redução dos números de leitos e permuta por serviços terapêuticos que são disponibilizados para a comunidade. Identificar as repercussões do processo de desinstitucionalização para o familiar de pacientes com transtornos mentais. Trata-se de uma Revisão Sistemática com busca dos artigos científicos nas bases de dados SCIELO, LILACS, BVS-BIREME, referentes ao tema, sem período distinto. Os critérios de inclusão para a seleção da amostra foram: artigos publicados em português, inglês, espanhol e português europeu que retratassem a temática em estudo, publicados e indexados nas referidas bases. Pode-se verificar que a maior predominância se deu ao estudo qualitativo com 12 artigos (80%) em virtude de serem pesquisas que interpretam majoritariamente dados qualitativos. Compreende-se, portanto, que o viver com a condição crônica passa a ser, além das

dificuldades para o familiar, é uma condição que altera o processo de ser saudável de indivíduos e grupos.

Palavras-chave: Desinstitucionalização; Transtorno mental; Reforma psiquiátrica; Hospital psiquiátrico.

Abstract

The deinstitutionalization of care for individuals with mental illness is one of the fundamental purposes of Psychiatric Reform in Brazil. Therefore, there is as a central phase, the resizing of the asylum with the argument of the gradual extinction of this circumstance, through the reduction of the number of beds and exchange for therapeutic services that are made available to the community. To identify the repercussions of the deinstitutionalization process for the family member of patients with mental disorders. Scientific articles were searched in the SCIELO, LILACS, BVS-BIREME databases, referring to the theme, with no distinct period. The inclusion criteria for the selection of the sample were: articles published in Portuguese, English, Spanish and European Portuguese that portrayed the theme under study, published and indexed in the referred databases. It can be seen that the greater predominance was given to the qualitative study with 12 articles (80%) due to being researches that mostly interpret qualitative data. It is understood, therefore, that living with the chronic condition becomes, in addition to the difficulties for the family member, a condition that alters the process of being healthy for individuals and groups.

Keywords: Deinstitutionalization; Mental disorder; Psychiatric reform; Psychiatric hospital.

Resumen

La desinstitucionalización de la atención a las personas con enfermedad mental es uno de los propósitos fundamentales de la Reforma Psiquiátrica en Brasil. Por tanto, existe como fase central, el redimensionamiento del asilo con el argumento de la extinción paulatina de esta circunstancia, mediante la reducción del número de camas y el canje por servicios terapéuticos que se ponen a disposición de la comunidad. Identificar las repercusiones del proceso de desinstitucionalización para el familiar de pacientes con trastornos mentales. Se trata de una Revisión Sistemática con búsqueda de artículos científicos en las bases de datos SCIELO, LILACS, BVS-BIREME, referidos al tema, sin diferencia de período. Los criterios de inclusión para la selección de la muestra fueron: artículos publicados en portugués, inglés, español y portugués europeo que retrataran el tema en estudio, publicados e indexados en las referidas bases de datos. Se puede observar que el mayor predominio se le dio al estudio

cualitativo con 12 artículos (80%) por ser investigaciones que en su mayoría interpretan datos cualitativos. Se entiende, por tanto, que convivir con la condición crónica se convierte, además de las dificultades para el familiar, en una condición que altera el proceso de estar sano de individuos y grupos.

Palabras clave: Desinstitucionalización; Trastorno mental; Reforma psiquiátrica; Hospital psiquiátrico.

1. Introdução

A saúde mental, desde a antiguidade, está introduzida no meio social. As pessoas que apresentavam transtornos mentais eram vistas como loucas, e seus distúrbios eram associados a maldições e bruxarias, sendo tratadas com diferenças e estigmas na sociedade, justificando, a institucionalização, que proibia indivíduos de conviverem com a sociedade (Lopes, 2012; Sousa *et al.*, 2015).

A Reforma Psiquiátrica iniciou-se na década de 1980, no século XX, com a proposta de mudança de tratamento, proporcionando um acolhimento mais humano, respeitando os direitos e a dignidade humana. Desde essa época, os pacientes com distúrbios mentais passaram a ser examinados de maneira holística e com consideração aos seus sentimentos, problemas e contexto social. Dessa maneira, ocorreu a desconstrução de um método de institucionalização caracterizado pelo isolamento e seu tratamento punitivo, modificando-se por um método de construção da desinstitucionalização, onde os pacientes com transtornos mentais eram tratados e reintegrados em meio à sociedade (Lopes, 2012; Simões *et al.*, 2013; Sousa *et al.*, 2015).

A desinstitucionalização da atenção aos indivíduos com doença mental é um dos fundamentais propósitos da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Sendo assim, tem-se como fase central, o redimensionamento do manicômio com o argumento da extinção gradativa dessa circunstância, através da redução dos números de leitos e permuta por serviços terapêuticos que são disponibilizados para a comunidade, por meio dos serviços oferecidos nos Centros de Atenção Psicossociais e nas Residências Terapêuticas. Nesse novo molde de assistência, o cuidado passou a ser redirecionado para as necessidades dos usuários ofertados nestes serviços em busca da priorização de seus direitos como cidadãos, além de assegurar respeito, dignidade e instigar o autocuidado e o convívio familiar e social (Araujo *et al.*, 2019).

A Reforma Psiquiátrica é “um procedimento político e social heterogêneo, constituído de atores, instituições e forças de distintas circunstâncias, e que se fundamenta em diferentes

territórios, nas esferas federal, estadual e municipal, nas universidades, nos serviços de saúde, nos comitês profissionais, nas organizações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos agrupamentos sociais, e nos setores do imaginário social e da opinião pública” (Duarte *et al.*, 2016, p.116-136).

Evidencia-se como adversidade existente para a reintegração desses pacientes na comunidade, a substituição dos cuidados hospitalares para possibilidades de atendimento externo, tal como a reorganização na Rede de Atenção à Saúde Mental no Brasil. Alguns estudos científicos mostram que a desinstitucionalização psiquiátrica possibilitou melhora significativa na estabilidade do estado psicológico e aumento no desempenho social do sujeito, além de promover melhora de suas habilidades sociais, interpessoais e de trabalho (Almeida *et al.*, 2019).

Neste sentido, a família atua como associada e participante ativa do processo de desinstitucionalização, como seguradora e defensora desse conceito, e, enquanto sujeito intersubjetivo, ela parte do fundamento de se manifestar no processo a partir de sua própria subjetivação. O uso dessa metodologia se dispõe a investigar a partir da ideia de desinstitucionalização na saúde mental brasileira, quais são os sentidos conferidos e as representações construídas pelos familiares de indivíduos com deficiências mentais a respeito deste processo (Vieira *et al.*, 2018).

Deste modo, a inovação no modelo assistencial consiste em um modelo de saúde pública que busca executar o acolhimento, o acompanhamento e a inserção, proporcionando suporte ao tratamento extradomiciliar e propondo a reinserção social de forma integralizada. Em consequência do processo de desinstitucionalização que tem como objetivo introduzir o indivíduo acometido de transtorno mental na sociedade, tal qual trazer a família em ação simultânea com as políticas públicas de saúde no que se refere ao cuidado e à assistência, tornando as barreiras que culturalmente impõem a hospitalização e por conseguinte a exclusão, assim sendo, pretende-se levantar quais são as relações e os sentidos das famílias perante este processo (Vieira *et al.*, 2018).

Portanto, constitui-se como tema dessa revisão integrativa abordar a percepção familiar sobre as mudanças de institucionalização de pacientes com transtornos mentais, proporcionando assim, que a família tenha papel importante no tratamento de seus entes e como problemática “Quais as implicações do processo de desinstitucionalização do paciente com transtorno mental baseado na visão de seus familiares?”

Logo, constitui-se como objetivo principal compreender as repercussões do processo de desinstitucionalização para o familiar de pacientes com transtornos mentais, além de

identificar a qualidade do tratamento e do processo de reintegração do indivíduo à sociedade e discutir as mudanças na vida da família devido o processo de desinstitucionalização do familiar com transtorno mental.

2. Metodologia

Este estudo consistiu em uma pesquisa bibliográfica a respeito de todo o acervo publicado no que se refere ao tema estudado. A revisão integrativa tem por intuito agrupar e sintetizar resultados de pesquisas sobre um determinado tema ou questão, de modo sistemático e ordenado, colaborando para o aperfeiçoamento da compreensão do tema investigado (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

Julgou-se em sua estruturação que, na metodologia de construção de uma revisão integrativa seja fundamental perfazer 06 períodos distintos e contínuos: reconhecimento do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a construção da revisão integrativa, definição de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura, estabelecimento das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos, análise dos estudos incluídos na revisão integrativa, interpretação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento (Gil, 2010).

Para a realização da revisão integrativa foi realizado a busca dos artigos científicos nas bases de dados SCIELO, LILACS, BVS-BIREME, referentes ao tema, sem período distinto, utilizando-se os descritores: desinstitucionalização AND transtorno mental AND reforma psiquiátrica AND hospitais psiquiátricos.

Para a seleção das fontes de dados, foram considerados os critérios de inclusão: artigos científicos indexados nos bancos de dados selecionados, com o descritor em saúde citados acima, nos idiomas português, inglês, espanhol e português de Portugal, com ênfase na qualidade de vida dos familiares de pacientes com transtorno mental outrora institucionalizados. Foram critérios de exclusão: artigos que não disponibilizaram o texto completo (apenas o resumo), artigos on-line não disponíveis na íntegra e artigos que não tiveram enfoque no assunto abordado. Portanto, os que abrangiam o enfoque da pesquisa com seus critérios de inclusão, utilizando os descritores e operador booleano “AND” totalizaram N 15 (quinze) artigos científicos.

A partir dos resultados encontrados após a busca do estudo, foi realizada uma análise dos dados através de uma leitura exploratória de todo material selecionado, para verificar se a obra era de interesse para o trabalho, a seguir foi feita uma leitura seletiva, das partes que

realmente eram consideradas relevantes e por fim ocorreu uma leitura na íntegra dos artigos, com o propósito de verificar a contribuição de cada estudo para a resolução da questão norteadora: Quais as implicações do processo de desinstitucionalização do paciente com transtorno mental baseado na visão de seus familiares? E a partir de então atingir o objetivo previsto.

Após a leitura dos artigos selecionados os resultados encontrados foram analisados, dispostos em tabelas para melhor compreensão, interpretação e em seguida distribuídos em categorias, sendo elas título, ano de publicação, foco, autores e metodologia.

3. Resultados e Discussão

A Tabela 1 apresenta a distribuição geral dos artigos estudados, classificados por metodologia e periódicos de publicação, expressas em forma percentual e frequência.

Tabela 1. Distribuição dos periódicos científicos de acordo com: título, ano, foco e autores.

Título	A no	Foco	Autores
1. O apoio familiar na perspectiva do paciente em reinternação psiquiátrica: um estudo qualitativo	2012	Investigar a percepção do envolvimento familiar nos cuidados ao paciente, no paradigma da reabilitação psicossocial	MACHADO, V. C.; SANTOS, M. A.
2. Cuidadores de crianças e adolescentes com transtornos mentais: mudanças na vida social, familiar e sexual	2018	Observar quais mudanças ocorrem nos âmbitos social, familiar e sexual de cuidadores de crianças e adolescentes com transtornos mentais atendidos em Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi)	DALTRO, M. C. S. L.; MORAES, J. C.; MARSIGLIA, R. G.
3. Redes Sociais de Apoio no Cuidado à Pessoa com Transtorno Mental: Reflexões	2018	Refletir acerca das redes sociais de apoio formais e informais no cuidado à pessoa com	SIQUEIRA, D. F.; SILVA X. M.; SERBIM, A. K.; TERRA, M. G.

		transtorno mental centrado no paradigma psicossocial.	
4. Demandas dos familiares de pessoas com transtorno mental	2017	Identificar o impacto das demandas do indivíduo com transtorno mental para seus familiares, a partir da Reforma Psiquiátrica e da desinstitucionalização	KALAM, A. F. A.; CARBOGIM, F. D. C.; BARBOSA, A. C. S.; LUIZ, F. S.; PAULA, C. F. D.; SANTOS, A. S. P. D.
5. Desvincular-se do manicômio, apropriar-se da vida: persistentes desafios da desinstitucionalização	2016	Estudar os modos de vida de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes que passaram longos períodos no HETB e hoje vivem na cidade. Buscamos investigar a percepção que possuem de sua história de internação psiquiátrica e de sua vida fora do hospital	SALLES, A. C. R. R.; MIRANDA, L.
6. Reforma Psiquiátrica no Rio de Janeiro: situação atual e perspectivas futuras	2016	Efetuar um balanço sobre a atual situação da implementação da Reforma Psiquiátrica e apontar avanços, limites e desafios	FAGUNDES, H. M. J.; DESVIAT, M.; SILVA, P. R. F.
7. (Des)institucionalização: a percepção dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, Brasil	2015	Abordar o tema de forma mais circunscrita, olhando a desinstitucionalização em sua relação direta, antitética, com o fenômeno da institucionalização de sujeitos acometidos de transtorno psíquico.	MARTINHAGO, F.; OLIVEIRA, W. F.
8. Os serviços de saúde mental na reforma	2016	Investigar as contribuições das pesquisas	SANTOS, Q. G.; SANTOS, G. W. S.

psiquiátrica brasileira sob a ótica familiar: uma revisão integrativa		científicas nacionais sobre o conhecimento familiar sobre os serviços de saúde mental após a reforma psiquiátrica brasileira	SOBREIRA, M. V. S.; MIRANDA, F. A. N.
9. Inovação em saúde mental sob a ótica de usuários de um movimento comunitário no nordeste do Brasil	2012	Trabalhar dimensões subjetivas e psicossociais, objetiva interrogar se e como as experiências desenvolvidas se constituem efetivamente como práticas de cuidado inovadoras em saúde mental, na perspectiva dos usuários desse dispositivo	BOSI, M. L. M.; CARVALHO, L. B.; XIMENES, V. M.; MELO, A. K. D. S.; GODOY, M. G. C.
10. Saúde mental e economia solidária: a família na inclusão pelo trabalho	2011	Identificar a composição e relações das famílias de integrantes desse empreendimento; conhecer as percepções dos familiares sobre a inclusão pelo trabalho dos usuários e a possibilidade de protagonismo da família nesse processo	FILIZOLA, C. L. A.; TEIXEIRA, I. M. D. C.; MILIONI, D. B.; PAVARINI, S. C. I.
11. Percepção dos familiares acerca do grupo de apoio realizado em uma unidade de internação psiquiátrica	2018	Analisar a percepção de familiares de pacientes com sofrimento psíquico acerca do grupo de apoio em uma internação psiquiátrica.	DUARTE, M. D. L. C.; CARVALHO, J. D.; BRENTANO, V.
12. Internados en casa: del manicômio a la “institucion domestica total”	2017	Problematizar as interações e relações de pessoas com diagnóstico de transtorno mental grave e seus familiares no espaço	ALEGRE-AGÍS, E.

		doméstico.	
13. Habilidades sociais de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos	2014	Investigar o grau de habilidades sociais e, em particular, da subclasse de assertividade, dos familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos	LIMA, D. C.; BANDEIRA, M.; OLIVEIRA, M. S. D.; TOSTES, J. G. D. A.
14. Família de pessoas com transtorno mental e necessidades de cuidados psiquiátricos	2013	Conhecer as necessidades da família que cuida da pessoa com transtorno mental no atual modelo de atenção à saúde.	BESSA, J. B.; WAIDMAN, M. A. P.
15. O portador de transtorno mental e a vida em família	2012	Revelar, na ótica familiar, a participação do portador de transtorno mental na vida em família	BRISCHILIARI, A.; WAIDMAN, M. A. P.

Fonte: Base de dados da BVS, LILACS e Scielo.

Os 15 artigos selecionados foram agrupados e expostos conforme apresentado no Quadro 1, onde foram determinadas variáveis para a melhor análise dos periódicos, sendo essas variáveis: títulos, ano de publicação, foco e autores.

Tabela 2. Distribuição dos periódicos científicos de acordo com: metodologia e periódicos de publicação.

Variáveis	Nº	%
Metodologia		
Quantitativo	-	-
Qualitativo	12	80
Revisão bibliográfica	3	20
Periódicos de publicação		
Interface - Comunicação, Saúde, Educação	1	6,66
Saúde e sociedade	2	13,33

Revista de Enfermagem da UFSM	1	6,66
Revista de Enfermagem da UFPI	1	6,66
Psicologia e Sociedade	1	6,66
Ciência e Saúde Coletiva	2	13,33
Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental – Online	1	6,66
Revista da Escola de Enfermagem da USP	1	6,66
Revista Gaúcha de Enfermagem	1	6,66
Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria	1	6,66
Estudos de Psicologia (Campinas)	1	6,66
Texto & Contexto – Enfermagem	1	6,66
Escola Anna Nery	1	6,66

Fonte: Base de dados da BVS, LILACS e Scielo.

De acordo com a Tabela 2, pode-se verificar que a maior predominância se deu ao estudo qualitativo com 12 artigos (80%) em virtude de serem pesquisas que interpretam majoritariamente dados qualitativos, ou seja, os dados coletados pelo pesquisador não são apresentados em números, ou então os números e as conclusões neles fundamentadas descrevem um papel menor na análise (Dalfovo; Lana; Silveira, 2008). O estudo quantitativo não obteve publicações e por fim a revisão bibliográfica com 3 publicações (20%).

Em relação ao tipo de periódico não se obteve um periódico predominante em publicações, apenas duas (Saúde e Sociedade; Ciência e Saúde Coletiva) tiveram mais que duas publicações (13,33%), são periódicos que tem como finalidade publicar trabalhos originais, voltados principalmente para a atualização clínica da enfermagem psiquiátrica.

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil considera a atenção básica como o eixo organizacional de toda a atenção à saúde. A articulação entre equipes de atenção básica e equipes de saúde mental é fundamental para a integralidade da atenção na área (FAGUNDES et al., 2016). A atenção primária à saúde é uma das principais vias de acesso para as pessoas com transtorno mental, pois é um espaço privilegiado para a gestão da atenção à saúde mental. Além disso, desempenha papel estratégico na rede de atenção e serve de base para agilizar a complexidade (Siqueira *et al.*, 2018).

Como resultado do movimento de desinstitucionalização, que preconiza, entre outras coisas, menores períodos de internação, as famílias estão se tornando os principais prestadores de cuidados aos usuários de serviços de saúde mental. O modelo psicossocial atual promove a preservação da vida familiar, o que tende a aprofundar a proximidade. Nesse contato mais próximo, um familiar pode ajudar: no acompanhamento da medicação, no acompanhamento da adesão, no acompanhamento dos sinais e sintomas dos transtornos mentais, no desenvolvimento do tratamento e na percepção da eficácia terapêutica (Machado, 2012).

A hospitalização foi um espaço de alienação e aprisionamento, e não se pode esquecer que a vida fora dela também oferecia oportunidades limitadas de apropriação do aspecto central da vida desses sujeitos: as características e nomes que a doença lhes atribui, bem como o tratamento oferecido (Salles *et al.*, 2016).

Um risco simples da desospitalização é a interrupção do tratamento caso não seja estabelecida a rede para o atendimento necessário à pessoa internada. A vantagem pretendida nessa situação é a dispensa de hospital psiquiátrico, mas pode ser ilusória sem o apoio de uma rede de contatos, o que facilitaria o retorno à hospitalização, conhecido fenômeno da "porta giratória". Outro problema que se torna sinônimo de desinstitucionalização e desospitalização é a "transinstitucionalização", a transferência de pacientes de hospitais psiquiátricos para asilos, abrigos e outras instituições, incluindo hospitais gerais (Martinhago, 2015).

O CAPS deve ser criado como um serviço ambulatorial especializado no cuidado diário, que funcione segundo a lógica do território e ofereça serviços de tratamento e gestão individualizada, oficinas grupais e terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias de integração ao usuário na comunidade, além de fornecer alimentação diária (Siqueira *et al.*, 2018).

Por meio de realização de atividades e oficinas e acompanhados pelos profissionais que compõem a equipe de saúde mental, gradativamente foi-se percebendo uma melhora no trato com seus familiares. Igualmente importantes são os encontros quinzenais, onde trocam

experiências, realizam e aprendem técnicas de relaxamento e enfocam os transtornos mentais, facilitando a convivência e a harmonia com seus familiares (Kalam et al., 2017).

A doença mental muitas vezes perturba o núcleo da família e cria obstáculos cheios de preconceito e medo. As manifestações são em grande parte insidiosas, apresentando grande tensão e sofrimento à família, que muitas vezes vê a hospitalização como o único meio possível (Fagundes *et al.*, 2016).

Muitas pessoas tornaram-se residentes do hospital psiquiátrico devido ao longo período de internação, realidade bem conhecida dos profissionais dos CAPS. Os projetos de desinstitucionalização procuram geralmente responsabilizar os municípios pelo regresso dessas pessoas aos seus locais de residência de origem. Os municípios quase sempre relutam em tomar medidas para retornar essas pessoas, por uma variedade de razões, incluindo relacionamentos precários entre pacientes e parentes, a maioria das famílias está desaparecida, os municípios não têm serviços residenciais terapêuticos (SRT) e nenhuma outra estrutura que permite a desinstitucionalização dos mesmos. Quanto às demais unidades que formam uma rede de atenção à saúde mental, geralmente o estado não oferece recursos ou incentivos, o que se reflete na ausência de centros de convivência, cooperativas, espaços que contribuam para o desenvolvimento da autonomia e reinserção social (Martinhago, 2015).

3.1 O transtorno mental como fator de interferência na qualidade de vida dos familiares acompanhantes

O processo de reforma psiquiátrica tem contribuído para a implantação de uma nova política pública de atenção à saúde mental e a construção de tecnologias inovadoras de cuidado. Baseia-se na ideia de desinstitucionalização, que pode ser entendida como desospitalização - prevenção de hospitalizações em hospitais psiquiátricos; falta de ajuda - ausência de ajuda liderada por um modelo tradicional; e desconstrução - uma ruptura com o paradigma da loucura e com o saber médico que reduz o sujeito da doença (Bosi *et al.*, 2012).

O processo de desinstitucionalização requer um compromisso de apoiar mudanças nas relações sociais, políticas públicas generalizadas e financiamento adequado. O hospital psiquiátrico forneceu cuidados, custódia e asilo às pessoas com deficiência para manter a sua sobrevivência. Para a desinstitucionalização, o sistema de saúde mental nas comunidades teria de responder não apenas aos pacientes com apoio familiar e social, mas também aos que não o tinham. Para atender à demanda por transtornos, era necessária uma rede, uma rede integrada com diversos órgãos governamentais e não governamentais que pudessem acolher

essa população em um contexto social. A psiquiatria comunitária concentrava-se principalmente nos serviços psiquiátricos oferecidos à comunidade, mas nenhuma rede foi criada para abordar a inclusão mais ampla dos pacientes no cotidiano das cidades, no trabalho, no lazer e em outros lugares nas funções da vida social (Martinhago, 2015).

No processo de reestruturação da atenção à saúde mental, os hospitais psiquiátricos deixaram de ser a base de um sistema de saúde que abriria caminho para uma rede de serviços ambulatoriais integrais. As condições psiquiátricas de emergência em hospitais gerais representam um avanço na busca pelo atendimento integral aos portadores de transtornos mentais no Brasil e um substituto viável para os hospitais psiquiátricos que oferecem tratamento de curta duração sem isolamento das pessoas com transtornos mentais e, sobretudo, tudo sem práticas abusivas (Bessa, 2013).

Na Itália, cujo modelo é frequentemente visto como uma referência para a reforma psiquiátrica brasileira, a integração total entre os centros comunitários de saúde mental e os centros de atenção primária foi considerada uma meta a ser alcançada. Entre as barreiras à integração identificadas estão a falta de treinamento dos médicos generalistas em relação aos transtornos mentais que ocorrem, juntamente com a dificuldade dos profissionais de saúde mental em compreender como o sofrimento mental é expresso em um ambiente de atenção primária (Fagundes, 2016).

Na Espanha, a atenção à saúde mental localiza-se em nível secundário, juntamente com as demais especialidades médicas, com programas de articulação com a atenção primária que constituem a porta de entrada do sistema de saúde. A integração entre as equipes de atenção básica e as equipes de saúde mental, em conjunto com o trabalho em rede territorial, é considerada um dos pontos fortes da reforma psiquiátrica espanhola (Fagundes, 2016).

A família identifica as formas de tratamento diante da reforma psiquiátrica brasileira por meio de ações práticas, conhecimentos e tratamentos terapêuticos de atividades capazes de promover a reinserção social dos portadores de transtorno mental que vão além das práticas de higiene, alimentação e manutenção da ordem, como acontecia no modelo manicomial (Santos *et al.*, 2016).

Famílias que cuidam de pessoas com transtorno mental relataram que as situações cotidianas mudam com o aparecimento da doença, ocasionando alterações na rotina do sono, perda do emprego e da situação financeira, necessidade de cuidar de um familiar (medicamentos e higiene corporal) e sobrecarga física e mental (Bessa, 2013).

Além disso, a família tem que conviver com situações como medo e ansiedade diante de uma possível crise, não pode deixar o paciente sozinho, sofrer agressões verbais e físicas,

enfrentar perdas materiais e se deslocar para unidade de internação. Essas mudanças fazem com que a família sofra, principalmente durante o período de adaptação, pela insuficiência de treinamento e orientação na área de doença mental e saúde do familiar doente (Bessa, 2013).

No contexto da saúde mental, independentemente da sua composição, a família é considerada uma rede de apoio informal à pessoa com transtorno mental. Sob esse ponto de vista, a pessoa com transtorno mental pode interferir nas relações familiares, principalmente nas mais próximas a ela. A família é uma extensão da pessoa com transtorno mental, portanto, além de passar por mudanças em seu cotidiano devido aos cuidados prestados por seus familiares, também as sofre (Siqueira *et al.*, 2018).

Em consequência da mobilização de desinstitucionalização, que recomenda, dentre outras determinações, fases mais reduzidas de internação, os familiares acabam se tornando os provedores do cuidado aos usuários dos serviços de saúde mental (Machado, 2012).

Atualmente, há mudanças rápidas e significativas no nível das famílias, que ainda estão em processo de transição. Essas mudanças consideram os relacionamentos afetivos determinantes da constituição familiar, podendo ou não ter laços consanguíneos, ambos reforçados pelo apoio mútuo (Siqueira *et al.*, 2018).

O auxílio da família para o cuidado em saúde mental do paciente psiquiátrico é constatado e reconhecido. O modelo psicossocial atual promove a preservação da vida familiar, o que tende a aprofundar a proximidade. Um familiar pode ajudar nesse contato mais próximo: no acompanhamento da medicação, no monitoramento da adesão ao tratamento, observando os sinais e sintomas dos transtornos mentais, no desenvolvimento do tratamento e na percepção da eficácia terapêutica (Machado, 2012).

Além disso, por meio do compartilhamento de espaços e valores, a família pode fornecer uma extensão da rede de apoio social e afetivo do usuário e oferecer um meio básico de inclusão social. A esse respeito, pesquisas mostram que existe uma relação direta entre o apoio familiar ou relações familiares harmoniosas, estabilidade e menor número de hospitalizações (Machado, 2012).

No que diz respeito à relação conjugal do cuidador, é relevante o número de cuidadores que indicaram que ocorreram mudanças. A presença de um filho com deficiência na família é outra fonte de estresse conjugal. A presença de um filho com determinado tipo de deficiência pode ocasionar mudanças conflitantes e não constantes que acarretam distanciamento na relação conjugal. O adoecimento de um filho pode gerar conflitos na relação conjugal, principalmente pela divisão de papéis em relação aos cuidados essenciais à criança (Daltro *et al.*, 2018).

Alguns estudos revelam que a relação sexual foi afetada em 80% dos casos de cuidadores de crianças com transtorno mental que afirmaram não ter tempo para pensar em sexo, não ter clima ou vontade de fazer sexo. Esses tópicos são relevantes e devem ser mais explorados, especialmente para cuidadores de crianças e adolescentes com transtornos mentais (Daltro *et al.*, 2018).

É importante ressaltar que ao se olhar para a questão de gênero nas relações sexuais, os dados dos cuidadores do sexo masculino não mudaram, enquanto os cuidadores sofreram muito com esse aspecto (Daltro *et al.*, 2018).

A família de hoje passa pelo que o modelo nuclear propõe, pois, uma parte significativa da população apresenta a realidade atual como famílias monoparentais reconstituídas e homofetivas. Para compreender as mudanças relacionadas à constituição da família, é importante ressaltar que ela está relacionada à sociedade. Quando há mudanças sociais, incluindo políticas, culturais, demográficas, morais, as mudanças nas famílias também têm impacto; portanto, são uma fonte de mudança social. Apesar dessas mudanças, a família continua sendo a principal fonte de apoio para seus membros (Siqueira *et al.*, 2018).

Habilidades sociais são essenciais para construir interações sociais adequadas e desenvolver redes de apoio social. Problemas de repertório no campo das habilidades sociais e mais especificamente na subclasse de assertividade podem dificultar a interação dos familiares com os pacientes, administrar comportamentos problemáticos do dia a dia e comprometer o desenvolvimento de uma rede de apoio social para assim ajudá-los a cuidar dos pacientes. Além disso, familiares com dificuldades em habilidades sociais podem ser maus modelos como meio de educar os pacientes (Lima *et al.*, 2014).

No modelo teórico explicativo da congestão, a qualidade da relação entre familiares e pacientes, o apoio social que os familiares recebem e as estratégias de enfrentamento que utilizam são fatores moduladores que podem reduzir o grau de congestão. Como todos esses fatores dependem de habilidades sociais, os cuidadores com dificuldades nessas habilidades podem ficar mais sobrecarregados (Lima *et al.*, 2014).

A sobrecarga pode ser dividida em duas categorias, subjetiva e objetiva. Subjetiva está associado a percepções, medos, sentimentos negativos e desconfortos gerados por se tornar cuidador de um familiar em sofrimento psíquico. A objetiva refere-se a mudanças na rotina, redução da vida social e profissional dos cuidadores, perdas econômicas, desempenho de tarefas e supervisão de comportamentos problemáticos (Kalam *et al.*, 2017).

O núcleo familiar é considerado a primeira rede social à disposição de um indivíduo com necessidades mentais e não pode ser separado da rede estendida por ser afetado pelo

sofrimento e vice-versa. Nesse sentido, a intervenção para melhorar o seio familiar gera melhorias na rede ampliada, para a qual a criação de vínculos com redes de apoio tem sido enfatizada a fim de aliviar a sobrecarga dos cuidadores e priorizar as interações sociais do usuário (Filizola *et al.*, 2011).

No que se refere às considerações dos estudos, foi possível perceber uma grande sobrecarga por parte dos familiares das pessoas com transtorno mental, que com a desinstitucionalização passaram a ser responsáveis pelo cuidado, com pouco manejo da doença e suas dificuldades. Entre os fardos relatados, além do estigma social gerado por preconceitos colocados na família e na comunidade, estão os fardos econômicos, emocionais e físicos (Kalam *et al.*, 2017).

De acordo com estudos, programas específicos de treinamento de habilidades sociais (THS) precisam ser desenvolvidos para essa população, em serviços de saúde mental. O aprimoramento do repertório de habilidades sociais do cuidador familiar, fruto desse tipo de capacitação, pode aumentar a qualidade de sua relação com o paciente, melhorar a assistência prestada e a qualidade de sua própria vida (Lima *et al.*, 2014).

É preciso integrar a doença ao cotidiano por meio de fontes adaptativas, como a identificação do cuidador, para enfrentar a carga objetiva e subjetiva de ter um familiar com doença mental, estigma e sentimentos subsequentes. Após o diagnóstico de transtorno mental, a família passa por um período de adaptação que exige mudanças na rotina doméstica e no relacionamento entre os familiares para uma vida melhor (Bessa, 2013).

Ressalta-se que na fase de adaptação, a família muda seu regime de vida e tem que se abster das atividades normais para cuidar de um parente doente. Com essa mudança, percebe-se o despreparo para o enfrentamento de novas situações, e é nesse ponto que se faz necessário o apoio profissional da rede de serviços de saúde mental; na maioria das vezes, entretanto, a adaptação é observada sem esse suporte e enfrentando dificuldades por meio da prática familiar, o que gera sobrecarga física e desconforto mental para os familiares (Bessa, 2013).

Os serviços de saúde mental que integram a rede devem capacitar os enfermos e seus familiares a estreitarem as relações em seu meio social e desenvolverem diversas oportunidades de trocas sociais que vão além do ambiente familiar ou domiciliar e afetam diferentes áreas da sociedade que podem contribuir para a reabilitação e social inclusão de sujeitos em sofrimento mental. Procuramos, portanto, um tratamento em que a família seja valorizada, liderada e participe efetivamente dos eventos promovidos (Duarte *et al.*, 2018).

Diante do sofrimento enfrentado pelo familiar e pelo portador, sempre há esperança de mudança ou melhora de vida, mesmo no contexto desfavorável de hospitalizações e saídas frequentes, em que a família vai perdendo forças gradativamente e é movida por fortes sentimentos de emoção. Diante dessa situação, é necessário que o familiar saiba reconhecer seus limites para que ele também não adoça (Brischiliari, 2012).

Para a família, vivenciar uma realidade derivada dos sintomas de um transtorno mental traz grande sofrimento a seus membros. Diante dessa situação, buscam-se formas de amenizá-la. É difícil para as famílias buscarem suporte especializado para alcançar esse resultado, buscar o diálogo ou descobrir a patologia. Uma das formas mais utilizadas para amenizar esse sofrimento é a tentativa de se proteger, o que ocorre principalmente por meio do isolamento social. Os membros da família param de frequentar a casa do usuário ou os eventos que acontecem lá. Por outro lado, quem convive com o portador deixa de sair de casa e não vive o convívio social por medo de qualquer aproximação que possa constrangê-lo. Um aspecto relevante relacionado à geração de sofrimento é a falta de benefício econômico do paciente no domicílio (Brischiliari, 2012).

Vários autores discutem a importância da rede social na vida das pessoas com transtornos mentais e suas limitações, muitas vezes causadas por discriminação e preconceito. Se a história da hospitalização não leva de fato à discriminação, pode-se reconhecer um bom trabalho no campo da transformação cultural do local. No entanto, questiona-se também se o isolamento social que persiste de alguma forma e o processo de alienação que os pacientes com transtornos mentais vivem há muitos anos dificultariam o reconhecimento da expressão dos estigmas que os cercam (Salles, 2016).

3.2 O gênero em relação ao cuidado

A reforma psiquiátrica brasileira permitiu repensar os saberes e as práticas dos profissionais de saúde que atuam nos serviços da rede de saúde mental. Essa reflexão possibilitou aos profissionais conhecer outras formas de cuidar das pessoas com transtorno mental e perceberam a família como fundamental nesse processo (Duarte *et al.*, 2018).

Envolver a família no processo de cuidar da pessoa com transtorno mental e integrá-la aos serviços de saúde pode aprofundar os laços afetivos e auxiliar as pessoas com transtorno mental em suas relações sociais. Nessa lógica, o cuidado é privilegiado na perspectiva da atenção psicossocial (Siqueira *et al.*, 2018).

O cuidador está constantemente presente nos serviços de saúde mental, pois, historicamente, as relações da enfermagem foram se construindo ao longo do tempo e seguiram papéis de gênero. O cuidado continua sendo uma função atribuída na maioria dos casos ao gênero feminino, embora tenha havido mudanças ao longo da história (Daltro *et al.*, 2018).

Os familiares reconhecem a existência e mudanças na forma de processos de cuidado às pessoas com transtornos mentais e comportamentais, mais recentemente, de outras formas que visem a sua reinserção na sociedade, observando uma mudança no relacionamento entre funcionários e usuários da rede de saúde mental (Santos *et al.*, 2016).

O processo de desinstitucionalização visa trabalhar em um determinado território. Além da família, a rede social de apoio à pessoa com transtorno mental inclui amigos, vizinhos e a sociedade. Envolvem-se numa união para o bem comum e crescimento coletivo com o objetivo de promover e intervir na saúde e desenvolver atividades educativas (Siqueira *et al.*, 2018).

Os familiares sofrem psicologicamente, materialmente e na organização da própria vida na interação com o paciente e no manejo diário. O enfrentar e o aceitar são as principais dificuldades enfrentadas pelos familiares que, posteriormente, sofrem com incapacidades sociais temporárias e persistentes distúrbios de relacionamento (Filizola *et al.*, 2011).

O cuidado familiar para pessoas com transtornos mentais geralmente depende da mulher. Esta também pode contribuir para outras despesas, como limpeza da casa, limpeza e cuidados com outros membros da família. A presença da mulher como principal fonte de cuidado ao portador de transtorno mental já foi citada na literatura. Ela está presa como cuidadora e não se permitirá ficar doente por estar em uma posição de responsabilidade pelo cuidado da família. Esta centralidade para as mulheres como cuidadoras tem implicações, por exemplo, em termos de assumir tarefas cada vez mais exigentes ao longo do tempo e com elevados custos para a saúde e qualidade de vida, acesso ao emprego, desenvolvimento, relações sociais e acesso ao tempo, bem como consequências econômicas (Brischiliari, 2012).

A mãe costuma ser a cuidadora principal da criança com necessidades especiais, pois a família costuma não estar psicológica e fisicamente preparada para a situação e deixa a criança com a mãe. Nesta nova fase da vida, surgem conflitos emocionais entre o casal devido à grande responsabilidade que terá com o filho com deficiência no que diz respeito aos custos econômicos e à discriminação por parte da sociedade e da família ou mesmo do próprio pai. Observa-se também, que existem cuidadores que não são mães, mas pais, avós ou tias, o que pode estar relacionado ao fato de serem famílias numerosas (Daltro *et al.*, 2018).

Com o tempo e com a inclusão gradual das mulheres no mercado de trabalho, os homens foram gradativamente incentivados a compartilhar algumas, embora em menor escala, as funções domésticas. Premissas que antes eram ocupadas apenas por mulheres agora também são ocupadas por alguns homens que, por exemplo, desempenham o papel de cuidadores na família. Alguns estudos mostram a existência de participação do homem nas tarefas de cuidado. Essa participação é importante e pode trazer benefícios para o usuário e demais familiares envolvidos, principalmente nas situações em que as tarefas são compartilhadas, o que ajudaria a não sobrecarregar o cuidador (Daltro *et al.*, 2018).

Essa divisão de funções é bastante comum. No entanto, sabemos que esses papéis podem ser adaptados à situação: se a figura do pai não existe, a mãe pode ser uma figura amorosa e poderosa; também pode acontecer que a autoridade permaneça (Alegre-Agís, 2017).

Um cuidador do sexo masculino oferece cuidados diferentes do que uma cuidadora do sexo feminino, tanto em tipo quanto em quantidade, e pode ser afetado por diversos fatores, como depressão e a experiência de cuidar. Crianças com pais envolvidos têm maiores habilidades cognitivas, maior empatia, crenças menos estereotipadas sexualmente e um nível mais alto de controle interno (Daltro *et al.*, 2018).

Estudos mostram que quanto mais velho é o cuidador, pior é sua qualidade de vida. Essa situação se deve ao fato de que cuidadores mais velhos já apresentam certas limitações (físicas e cognitivas) que dificultam o cuidado ao doente mental, pois para realizar algumas tarefas de autocuidado é necessário realizar tarefas que requerem algum esforço físico e habilidades cognitivas (Daltro *et al.*, 2018).

O grau de dependência de uma criança ou adolescente nas atividades diárias é alto porque ele sofre de um transtorno mental. A transição para a idade adulta pode ser particularmente difícil para adolescentes com deficiência mental e suas famílias, sendo que muitas vezes isso se deve à manutenção de cuidados intensivos para crianças com deficiência mental. À medida que as crianças com deficiência mental crescem, seus pais temem as oportunidades que terão no futuro e os cuidados de que necessitarão. Manter o vício pode ser uma fonte de frustração para os adolescentes e seus pais (Daltro *et al.*, 2018).

4. Considerações Finais

A qualidade de vida é um aspecto importante em pessoas com doenças crônicas graves e limitantes que se submetem a tratamentos prolongados e dolorosos e apresentam maior

vulnerabilidade, como é o caso dos pacientes em tratamento mental. Nos últimos anos, como consequência do avanço técnico científico e da humanização, o tratamento de pacientes com transtorno mental evoluiu, porém causa enorme desgaste emocional aos pacientes e aos familiares. A adesão ao tratamento por parte do familiar de portador de doença mental ainda não é um processo simples. Existem vários fatores envolvidos que agem de forma interrelacionada. Cada indivíduo e cada familiar enxerga o tratamento de uma forma única e característica, influenciado pelos inúmeros sofrimentos vistos ao longo da vida, pela dificuldade de apoio familiar e pelos relacionamentos com outras pessoas.

Vale ressaltar, ainda, fatores positivos como melhora da qualidade do tratamento do paciente com transtorno mental, considerando o apoio e ajuda de familiares, amigos, colegas de trabalho e outras pessoas do seu convívio social, no sentido de conviver com o transtorno, almejando o bem-estar e a qualidade de vida.

Compreende-se, portanto, que o viver com a condição crônica passa a ser, além das dificuldades para o familiar, é uma condição que altera o processo de ser saudável de indivíduos e grupos. Sendo assim, deve-se dar importância à percepção de que cada paciente e familiar tem de sua vida, saúde e doença, considerando suas sugestões para soluções de seus problemas, desenvolvendo então, um trabalho voltado ao familiar e não só ao doente.

Referências

Alegre-Agís, E. (2017). Internados en casa: del manicomio a la" institución doméstica total. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 63-78.

Almeida, R. L. M., Pereira, H. M. B., Mcauchar, S. B. I., de Oliveira Magno, C., & Ferreira, A. P. (2019). Impacto da Desinstitucionalização na Qualidade de Vida de Indivíduos com Transtornos Psiquiátricos. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 11(15), e 1233-e1233.

Araújo, N. C., de Araújo, T. M., do Carmo Araújo, T., & Freitas, A. M. C. (2019). Desinstitucionalização da saúde mental em um hospital psiquiátrico na Bahia, Brasil. *Revista de Saúde Coletiva da UEFES*, 9, 132-137.

Bessa, J. B., & Waidman, M. A. P. (2013). Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 22(1), 61-70.

Bosi, M. L. M., Carvalho, L. B., Ximenes, V. M., Melo, A. K. D. S., & Godoy, M. G. C. (2012). Inovação em saúde mental sob a ótica de usuários de um movimento comunitário no nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17, 643-651.

Brischiliari, A., & Waidman, M. A. P. (2012). O portador de transtorno mental e a vida em família. *Escola Anna Nery*, 16(1), 147-156.

Daltro, M. C. D. S. L., Moraes, J. C. D., & Marsiglia, R. G. (2018). Cuidadores de crianças e adolescentes com transtornos mentais: mudanças na vida social, familiar e sexual. *Saúde e Sociedade*, 27, 544-555.

Duarte, M. D. L. C., Carvalho, J. D., & Brentano, V. (2018). Percepción de los familiares acerca del grupo de apoyo realizado en una unidad de internación psiquiátrica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39.

Duarte, V. F., Neto, G. L., Rodrigues, L., & Campos, C. J. G. (2016). Ditos acadêmicos do ontem e do hoje acerca do papel da enfermagem no processo e rotina da desinstitucionalização. *SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas*, 12(2), 116-136.

Fagundes Júnior, H. M., Desviat, M., & Silva, P. R. F. D. (2016). Reforma Psiquiátrica no Rio de Janeiro: situação atual e perspectivas futuras. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 1449-1460.

Filizola, C. L. A., Teixeira, I. M. D. C., Milioni, D. B., & Pavarini, S. C. I. (2011). Saúde mental e economia solidária: a família na inclusão pelo trabalho. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(2), 418-425.

Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa* 4, 175. São Paulo: Atlas.

Kalam, A. F. A., Carbogim, F. D. C., Barbosa, A. C. S., Luiz, F. S., Paula, C. F. D., & Santos, A. S. P. D. (2017). Demandas dos familiares de pessoas com transtorno mental. *Rev. enferm. UFPI*, 11-17.

Lima, D. C., Bandeira, M., Oliveira, M. S. D., & Tostes, J. G. D. A. (2014). Habilidades sociais de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 31(4), 549-558.

Lopes, M. A. C. (2012). Os possíveis papéis do enfermeiro no campo da saúde mental no contexto da estratégia de saúde da família no Brasil. Recuperado de <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUOS-9DCHXL>.

Machado, V. C., & Santos, M. A. D. (2012). O apoio familiar na perspectiva do paciente em reinternação psiquiátrica: um estudo qualitativo. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 16, 793-806.

Martinago, F., & Oliveira, W. F. D. (2015). (Des) institucionalização: a percepção dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, Brasil. *Saúde e Sociedade*, 24, 1273-1284.

Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. D. C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enfermagem*, 17(4), 758-764.

Salles, A. C. R. R., & Miranda, L. (2016). Desvincular-se do manicômio, apropriar-se da vida: persistentes desafios da desinstitucionalização. *Psicologia & Sociedade*, 28(2), 369-379.

Santos, Q. G., dos Santos Silva, G. W., Sobreira, M. V. S., & de Miranda, F. A. N. (2016). Os serviços de saúde mental na reforma psiquiátrica brasileira sob a ótica familiar: uma revisão integrativa/Mental health services in the brazilian psychiatric reform from the family perspective: an integrative review/Los servicios de salud mental en la reforma psiquiátrica brasileña bajo la óptica de la familia: una revisión integradora. *Revista de Pesquisa, Cuidado é Fundamental Online*, 8(1), 3740.

Simões, C. H. D., Fernandes, R. A., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2013). O profissional de saúde mental na reforma psiquiátrica. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 30(2), 275-282.

Siqueira, D. F., da Silva Xavier, M., Serbim, A. K., & Terra, M. G. (2018). Redes sociais de apoio no cuidado á pessoa com transtorno mental: reflexões. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 8(4), 859-869.

Sousa, B. V. N., de Jesus, V. H. A., dos Santos, M. A. F., & do Nascimento, O. C. (2015). Centros De Atenção Psicossocial: Cobertura Da Microrregião De Cruz Das Almas–BA. *Revista Brasileira de Saúde Funcional*, 2(2), 24-24.

Vieira, A. M., Oliveira, M., Almeida, P. H., de Moraes Roncoletta, S. C., & de Souza Campos, A. (2018). Saúde mental e desinstitucionalização manicomial: a concepção da família como participante desse processo. *TCC-Psicologia*.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Gabrielle Soares Batista – 60%

Liana Dantas da Costa e Silva Barbosa – 20%

Maria Enoia Dantas da Costa e Silva – 20%