



SAÚDE, ENVELHECIMENTO E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

CAREGIVER'S RELATIONSHIP WITH SOCIETY AND THE PERSON WITH SCHIZOPHRENIA

RELAÇÃO DO CUIDADOR E DA SOCIEDADE COM A PESSOA COM ESQUIZOFRENIA

RELACIÓN DEL CUIDADOR CON LA SOCIEDAD Y LA PERSONA CON ESQUIZOFRENIA

Israel Coutinho Sampaio Lima<sup>1</sup>, Maria Enoia Dantas da Costa e Silva<sup>2</sup>, Andréia Rodrigues Moura da Costa Valle<sup>3</sup>,  
Maria Eliete Batista Moura<sup>4</sup>, José Nazareno Pearce de Oliveira Brito<sup>5</sup>, Elyrose Sousa Brito Rocha<sup>6</sup>

ABSTRACT

**Objective:** The study aimed to analyze the relationship between family caregivers and society the person with schizophrenia. **Method:** An exploratory descriptive study performed Psychosocial Care Center II in Teresina-PI, with nine caregivers of people with schizophrenia and that participate in the study. Data were collected through semi-structured interviews were organized into semantic categories. **Results:** Addresses schizophrenia as a generator of conflict in the family and social division. It was found that there is at the very core emotional conflicts causing your family breakdown before the start of treatment. The company, in turn, sees the person with schizophrenia as part of their reality, accepting it in the social sphere, however gives the caregiver the responsibility of the vigil, over loading it. **Conclusion:** The caregivers and society need to be worked better understand and accept the problems experienced, joining forces with the institutions responsible for the recovery of these people. **Descriptors:** Schizophrenia, Family relations, Psychiatry.

RESUMO

**Objetivo:** Analisar a relação do cuidador e da sociedade com a pessoa com esquizofrenia. **Métodos:** Estudo descritivo-exploratório realizado no Centro de Apoio Psicossocial II de Teresina-PI, com nove cuidadores de pessoas com esquizofrenia que aceitaram participar do estudo. Os dados foram coletados por meio da entrevista com roteiro semi-estruturado, as quais foram organizadas em categorias semânticas. **Resultados:** Aborda a esquizofrenia enquanto geradora de conflito no meio familiar e a cisão social. Constatou-se conflitos sentimentais no núcleo familiar causando sua desestruturação antes do início do tratamento. A sociedade, por sua vez, vê a pessoa com esquizofrenia como parte de sua realidade, acolhendo-a no âmbito social, contudo, atribui ao cuidador a responsabilidade de sua vigília, sobrecarregando-o. **Conclusão:** O cuidador e a sociedade necessitam de apoio profissional para melhor compreenderem a problemática vivenciada, somando esforços com as instituições responsáveis pela recuperação destas pessoas. **Descritores:** Esquizofrenia, Relações familiares, Psiquiatria.

RESUMEN

**Objetivo:** El estudio tuvo como objetivo analizar la relación entre los cuidadores de la familia y la sociedad con la persona con esquizofrenia. **Métodos:** Un estudio exploratorio descriptivo realizado Centro de Atención Psicossocial II en Teresina-PI, con nueve cuidadores de personas con esquizofrenia y que aceptaron participar. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semi-estructuradas, fueron organizados en categorías semánticas. **Resultados:** Aborda la esquizofrenia como un generador de conflictos en la familia y la división social. Se encontró que existe en los conflictos emocionales que causan la esencia misma de su familia desglos antes del inicio del tratamiento. La compañía, a su vez, ve la persona con esquizofrenia, como parte de su realidad, aceptando en el ámbito social, sin embargo, da la cuidador a cargo de la vigília, sobrecargarlo. **Conclusión:** Los cuidadores y la sociedad necessitam ser trabajados para comprender mejor y aceptar los problemas que, uniendo sus fuerzas con las instituciones responsables de la recuperación de estas personas. **Descritores:** La esquizofrenia, Las relaciones familiares, Psiquiatria.

<sup>1</sup> Enfermeiro pela Faculdade Santo Agostinho (FSA), Teresina-PI-Brasil. E-mail: is-coutinho@live.com. <sup>2</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem/UFPI. Professora da FSA e Faculdade NOVAFAPI. E-mail: enoiasilva@hotmail.com. <sup>3</sup> Mestre em Enfermagem/UFPI. Doutoranda em Enfermagem/EERP/USP. Professora da UFPI. E-mail: andreivalle@usp.br. <sup>4</sup> Pós-Doutora pela Universidade Aberta de Lisboa - Portugal. Doutora em Enfermagem/UFRJ. Professora da Graduação e do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Faculdade NOVAFAPI. Professora da Graduação e do Programa de Mestrado em Enfermagem da UFPI. E-mail: mestradosaudedafamilia@novafapi.com.br. <sup>5</sup> Doutor em Ciências Médicas. Professor da Graduação e do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Faculdade NOVAFAPI. E-mail: nazapearce@novafapi.com.br. <sup>6</sup> Doutora em Enfermagem/EERP/USP.

## INTRODUÇÃO

Os distúrbios psiquiátricos ao longo do tempo se caracterizaram como uma falha que o indivíduo apresentava em seu comportamento perante a sociedade, sendo incompatível ao convívio social<sup>1</sup>.

Com o advento da reforma psiquiátrica a esquizofrenia hoje se faz como o transtorno mental mais incapacitante, visto que é uma doença crônica que provoca a desorganização do pensamento ou consciência. Ainda hoje não se tem uma explicação exata para a causa da doença, considerada independente do tipo de raça, nível social, econômico ou cultural, acometendo 1% da população geral. Sua primeira crise normalmente se dá entre os adultos jovens na faixa etária de 20 a 30 anos, podendo se apresentar de forma brusca ou lenta<sup>2</sup>.

Apesar de se manifestar em ambos os sexos ela sofre uma variância na idade de início, no sexo masculino ocorre entre 15 a 25 anos, sendo em média anterior ao sexo feminino ocorrendo entre 25 a 35 anos, sendo considerados raros os casos abaixo de 10 anos ou acima dos 50 anos<sup>3</sup>.

Quando ela se apresenta lentamente, pode demorar um período de semanas a meses para que a família ou o enfermo reconheça a mudança no estado psíquico, provocando uma demora da busca de ajuda médica, tendo como característica primordial a princípio o isolamento e anedonia, afastando-se assim do convívio social e familiar. Quando se dá de forma brusca o cliente pode apresentar perplexidade, ansiedade e agitação. Os tratamentos mais utilizados são as terapias medicamentosas, eletroconvulsoterapia e psicoterapia<sup>2</sup>.

Diante do exposto a sociedade e a família demonstram incompreensão frente à pessoa com esquizofrenia a qual se comporta de maneira bizarra e inúmeras vezes assustam por falarem

coisas desconexas e incoerentes, dificultando assim o convívio, principalmente quando a mesma manifesta atitudes agressivas e delirantes. Sendo assim, o indivíduo era incapaz de conviver no âmbito social<sup>1</sup>.

A Lei 10.216/2001 vem mudando este cenário, em que tais práticas de reclusão estão sendo substituídas pela inclusão social, focando a família como agente primordial da ressocialização. No Brasil, atualmente, as políticas em saúde mental buscam expressivamente a ressocialização destes indivíduos, em que o ser humano possa ser visto como um ser em sofrimento psíquico e não mais como uma doença<sup>4</sup>.

Porém, ainda se caminha timidamente sobre os aspectos humanos vigentes. Os familiares, por descaso ou falta de suporte profissional e social, largam seus familiares em tais instituições manicomiais, perdendo o vínculo, a afetividade, o amor e o sentido da família<sup>1</sup>

Na realidade, este caminhar também é observado considerando que as famílias ainda delegam aos profissionais de saúde o cuidado dos seus entes com problemas mentais, muitas vezes, fugindo da responsabilidade do cuidar. Diante desta constatação, motivou-se à realização da presente pesquisa, que tem como objeto a esquizofrenia frente a relação familiar e social. Buscando-se desvendar tal fenômeno, partiu-se da questão norteadora seguinte: Quais os aspectos vivenciados por familiares cuidadores de pessoas com esquizofrenia atendidas no Centro de Apoio Psicossocial II de Teresina-Piauí (CAPS II)?

Para responder tal questão, se definiu os objetivos da pesquisa: identificar e analisar a relação do familiar cuidador e da sociedade com a pessoa com esquizofrenia. Nesse sentido, buscou-se neste estudo, mostrar a natureza das relações interpessoais, intra e extradomiciliar pela apresentação do cotidiano do cuidador junto à pessoa com esquizofrenia.

Espera-se que os resultados alcançados possam divulgar a vivência do familiar cuidador da pessoa com esquizofrenia no CAPS II, norteando os profissionais, melhorando a atenção ofertada a estes sujeitos, efetivando este centro como meio de substituição do modelo manicomial, no qual estes profissionais possam desenvolver estratégias terapêuticas e de orientação aos familiares e à comunidade quanto às dificuldades que possam surgir durante o tratamento.

Com isso, os familiares poderão ter mais habilidade ao lidar com seu ente, mantendo compromisso com o seu tratamento, melhorando o convívio social e familiar, tornando possível uma melhor adaptação às restrições e implicações impostas pela doença mental.

## METODOLOGIA

Pesquisa originada do trabalho de conclusão do curso bacharelado em enfermagem, intitulado “Vivencia de familiares cuidadores de pessoas com esquizofrenia atendidas no Centro de Atenção Psicossocial II”. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa, por ser mais adequado ao alcance dos objetivos.

Estudo realizado no CAPS II Leste de Teresina-PI, após a aprovação da Fundação Municipal de Saúde de Teresina e do Comitê de Ética em pesquisa da Faculdade NOVAFAPPI sob o número de protocolo CAAE 0489.0.043.000-10. Os sujeitos do estudo foram nove cuidadores de pessoas com esquizofrenia, que aceitaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram coletados no mês de abril de 2011, por meio de entrevistas com roteiro semi-estruturado, as quais foram gravadas e analisadas conforme a Análise de Conteúdo<sup>5</sup>.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

A faixa etária predominante dos sujeitos foi entre 42 a 69 anos. No tocante a escolaridade, a maioria possuía ensino fundamental incompleto, todas as entrevistadas são do sexo feminino, predominando as mães casadas. A maioria refere renda familiar de 1 a 2 salários mínimos. Todos os cuidadores referiram dedicar tempo integral a seus familiares.

O conteúdo das falas dos sujeitos demonstra relações familiares e sociais. Observou-se que existem conflitos sentimentais no núcleo familiar, pela desestruturação da família em compreender e aceitar a problemática vivenciada. O responsável pelo cuidado sente-se abandonado na difícil tarefa de cuidar da pessoa com esquizofrenia, pelo descaso que os demais familiares demonstram.

Portanto, percebeu-se que as relações familiares se tornam desgastadas quando se tem um membro da família com esquizofrenia, devido à falta de habilidade da família em lidar com a situação. A impotência gerada pelas dificuldades de relacionamento torna-se evidente uma vez que o cuidador reporta o cuidar como difícil e unilateral.

O cuidador transmite em sua vivência que há necessidade de ajuda e apoio dos demais componentes da família. A responsabilidade excessiva sobre um cuidador, a dificuldade na compreensão ou descaso de alguns membros da família, a agressividade, a desordem mental da pessoa com esquizofrenia fazem com que esse cuidado se torne dispendioso, obrigatório e desgastante.

O cuidador acaba sofrendo junto à pessoa com esquizofrenia, por se sentir abandonado, como se apenas ele fosse o familiar que pudesse compreender e se adequar a essa nova forma de vida. A falta de preparo dos familiares em

entender e aceitar as mudanças em sua rotina de vida, decorrentes da esquizofrenia, acaba por tornar o ambiente domiciliar mais caótico e desorganizado, como relatado.

*[...] poucos dias ele fica bem comigo [...] é difícil, até com o filho ele cisma. O meu filho mais velho já foi embora de casa, passou em colégio da marinha, mais sempre liga. Não tem raiva dele, pergunta se o pai dele está bem e fala: - Mãe ele não tem culpa. É a doença. Eu tenho dificuldades porque só é eu que luto. Os familiares dele não ajudam. A dificuldade é essa, pois a família não dá apoio, só eu que vivo para cuidar dele [...]* (E<sub>1</sub>)

*[...] nunca foi fácil. Ninguém consegue ter paciência com ele. Estou notando que a família está toda nervosa, irritada, estressada. A relação familiar está desgastada e a família toda tem muita energia negativa [...]* (E<sub>2</sub>)

*[...] todos respeitam ela. Só uma irmã que trata ela mal. Ela é uma pessoa muito egoísta. [...] quando o doutor disse que ela não poderia ficar só, eu fiz uma reunião com todos, para um deles dormir lá. Ela chegou para minha mãe e disse que tinha local para colocar gente daquele jeito [...] ela não comia mais, só chorando e não se calava mais. Se eu pudesse eu colocava ela dentro dessa bolsa para ela não ver [...]* (E<sub>3</sub>)

O processo de adoecimento de um familiar, o seu diagnóstico e tratamento causam a desorganização de toda a família, gerando desgaste entre seus membros que encontram dificuldades em lidar com a situação pela falta de compreensão e tolerância em relação ao transtorno<sup>6</sup>.

Conviver com uma pessoa com esquizofrenia não é fácil, uma vez que, ela apresenta comportamento peculiar e delirante, com atitudes incompreensíveis e bizarras, não possui capacidade de discernimento e em muitas situações, apresenta agressividade<sup>1</sup>.

A convivência da família com o esquizofrênico causa desgaste emocional. A família transmite sentimento de desrespeito, desgosto e frustração. O cuidador fica sem saber o que fazer para mudar a realidade vivenciada por

sua família. Assim, tais fatos repercutem na desagregação familiar, agravando o desequilíbrio psíquico da pessoa com esquizofrenia<sup>7</sup>.

O sofrimento, a falta de compreensão e a aceitação da realidade vivenciada, aliadas à sobrecarga de trabalho, refletem a dificuldade que os familiares enfrentam. A falta de estrutura para lidar com o processo de adoecimento torna as relações familiares fragilizadas<sup>8</sup>.

Observou-se que além do desgaste causado pela falta de estrutura familiar na aceitação da pessoa com esquizofrenia, há relatos que demonstraram a união e estruturação das relações familiares.

No entanto, pode-se vislumbrar, com outro olhar, que há um sentimento de carinho e proteção que envolve alguns membros dessas famílias, pela aceitação da doença como sendo a causa do comportamento inadequado. A assistência despendida no CAPS, também foi citada como uma das causas da melhora das relações, uma vez que, esse núcleo passa a entender tais mudanças no comportamento do doente.

Observou-se a necessidade de compreensão, aceitação, dedicação e reflexão de toda a família para que se possa dispor de um cuidar mais humanizado e que não sobrecarregue apenas um membro deste núcleo, promovendo uma relação familiar linear.

O apoio oferecido por membros da família auxilia no processo de estabilização do equilíbrio psíquico da pessoa com esquizofrenia. A revitalização gerada pela união familiar torna o ambiente harmônico e o cuidar deixa de ser desgastante pela aceitação e compreensão de todos os integrantes. Pode-se observar que quando as relações familiares se tornam harmoniosas, há aceitação e compreensão melhor da realidade vivenciada.

*[...] agora está melhor porque estamos*

*mais unidos, até porque é necessário. Nós não nos afastamos dela, depois que começamos o tratamento no CAPS, a família toda passou a compreender melhor essa doença e o jeito dela [...] (E<sub>4</sub>)*

*[...] com o tratamento as coisas estão mais calmas, em casa eles tratam ele bem [...] depois da esquizofrenia, os irmãos passaram a se preocupar mais com ele [...] (E<sub>5</sub>)*

*[...] o relacionamento é bom. Meu filho mais velho sempre chama ele para sair. Todos conversam com ele. Ele é alegre [...] (E<sub>6</sub>)*

*[...] todos em casa vivem bem e unidos. O início foi difícil, mais depois do CAPS, as coisas melhoraram. Todos gostam dele. [...] tudo ele conta para o meu neto. [...] meu filho mais velho gosta de levar ele para os locais [...] (E<sub>7</sub>)*

O relacionamento afetivo e emocional característico dos laços familiares guia em busca de compreensão e de solução para muitas questões pertinentes ao convívio com um familiar doente. A aceitação da doença trata de compreender que a realidade vivenciada pelo membro doente mudou e que a rotina familiar precisa ser remodelada para acolhê-lo em seus novos limites e possibilidades<sup>9</sup>.

Tendo em vista os fatos a seguir, observou-se que há momentos que ocorre o isolamento da pessoa com esquizofrenia, pela falta de adequação desses sujeitos ao meio social. Alguns desses sujeitos conseguem interagir com o meio, porém as relações interpessoais são tímidas, pelo receio de alguns membros da comunidade e da própria pessoa com esquizofrenia em manter um contato maior com o meio em que vive.

Evidenciou-se que em todas as falas os cuidadores relatam que os vizinhos respeitam e tentam se relacionar de alguma forma com a pessoa com esquizofrenia. Há casos em que ocorre receio em manter contato direto, porém, na maioria, a sociedade tenta manter uma relação harmoniosa, como por exemplo, na tentativa tímida em cumprimentar a pessoa com esse transtorno.

Com o advento da reforma psiquiátrica, promovida pelos familiares de pessoa com transtornos mentais, por políticos e profissionais da saúde, frente à melhoria da assistência prestada aos doentes mentais, que passaram a ser vistos como membros da sociedade, a partir da promulgação da Lei nº 10.216/2001, contrapôs-se a visão preconceituosa e estigmatizadora que a sociedade tinha sobre o doente mental, o qual não poderia estabelecer qualquer tipo de relação com o meio social, representando vergonha, medo, risco e ameaça à integridade física, moral e social<sup>10</sup>.

Percebeu-se na fala dos depoentes que a sociedade vem mudando essa relação estigmatizadora, uma vez que os demais membros da comunidade tentam de alguma forma interagir com o indivíduo esquizofrênico. Nem sempre essa interação é bem sucedida, seja pelo medo em se relacionar com esse sujeito doente, ou pelo próprio isolamento do esquizofrênico.

O isolamento se agrava, pois a pessoa com esquizofrenia interpreta erroneamente a realidade como ameaçadora. O medo de interagir com o meio, faz com que o esquizofrênico deixe de realizar atividade de lazer antes desenvolvida, porém há pessoas com esse transtorno que conseguem manter uma relação harmoniosa com a comunidade, por meio de conversa amistosa ou realização de atividades simples do cotidiano.

O cuidador se sente menos pressionado e aliviado quando as relações interpessoais entre a sociedade e a pessoa com esquizofrenia se desenvolvem de maneira simples, identificando a aceitação do meio social.

É fundamental que a família busque uma nova forma de cuidar, no intuito de viabilizar atividade terapêutica que atue na melhora da qualidade de vida da pessoa com esquizofrenia. Assim, as relações sociais poderão obter sentido, a partir das diferentes formas de convivência e

sociabilidade, que irão diminuir a sobrecarga de trabalho e estresse do cuidador, pois este não irá se sentir obrigado a ficar ao lado constante do doente<sup>11</sup>.

Contudo, surgem as dúvidas, angústias e sentimentos de impotência que também são observados em algumas falas, por não saber o porquê da existência dessa doença no seio familiar.

*[...] ele conversa com todos os vizinhos tem alguns colegas dele que tem medo, mais ele está bom, eu queria que ele sáisse para jogar futebol, ele gostava muito, mais hoje não joga mais por medo de sair, tenho que ficar com ele direto, só sai se for comigo [...]* (E<sub>6</sub>)

*[...] os vizinhos são antigos, entendem. Todo mundo fala com ele, ele que não é de conversar [...]* (E<sub>7</sub>.)

*[...] os vizinhos não mechem com ela, alguns têm medo. Ela é grosseira. Ela é assim com todo mundo, tenho que ficar de olho [...]* (E<sub>8</sub>.)

*[...] os vizinhos gostam dele. Ele respeita o pessoal, não tem atrito com ninguém [...]* (E<sub>5</sub>)

*[...] todos os vizinhos ficaram preocupados. Todos os dias eles iam lá ver ela, perguntavam por ela, se ela dormiu bem, se comeu. Ela é uma boa vizinha. Eles são solidários [...] não sei por que isso aconteceu com minha mãe [...]* (E<sub>3</sub>)

As alterações no comportamento pessoal causadas pela desorganização mental e comportamental geram a perda de interesse e a retração social, o que pode levar a um quadro de disfunção social no trabalho e à perda de habilidade interpessoal e produtiva.

Essas manifestações levam à incapacidade do esquizofrênico em várias situações do cotidiano, pois estes são normalmente desempregados ou perdem o emprego e dificilmente conseguem constituir família<sup>12</sup>.

Tornam-se evidentes algumas características como o isolamento social e a mudança da afetividade, que fazem com que ocorra a individualidade e o afastamento do

convívio social, como também, a retração das outras pessoas em conviver com esse sujeito. Frequentemente a família manifesta interrogações sobre a possível cura e o surgimento dessa doença no núcleo familiar<sup>13</sup>.

Torna-se necessário o rompimento com os valores arcaicos na forma de tratamento, viabilizando uma forma criativa e espontânea de convívio em sociedade. Tal convívio faz com que as pessoas com esquizofrenia criem elos de amizade com seus vizinhos e colegas de atividades, concretizando o primeiro nível de ressocialização, permitindo ao longo do tempo que estes tenham a oportunidade de tentar se reintegrar ao meio em que vivem, podendo voltar a estudar e a exercer um trabalho, mostrando à família e à sociedade que são seres humanos como qualquer outro<sup>11</sup>.

## CONCLUSÃO

Percebeu-se que o relacionamento familiar é conturbado, na maioria das vezes, devido à difícil rotina associada a não aceitação da situação vivenciada. Por outro lado, quando ocorre a assimilação por parte da família, as relações interpessoais familiares e sociais tendem a se estabilizar.

As relações sociais com o esquizofrênico ocorrem de forma tímida pelo próprio embotamento manifestado pela psicopatologia, o que o afasta do convívio fora da família. Em alguns momentos fica evidente que a sociedade manifesta medo ao se relacionar com o mesmo, atribuindo ao sujeito que despende o cuidar a tarefa de vigília constante, o que dificulta a vida social do cuidador.

Contudo, o tratamento promove uma melhora sintomática do doente, favorecendo de forma positiva a vida cotidiana do cuidador que se sente livre, menos pressionado e sobrecarregado. Podemos perceber que por meio do CAPS a família

e a sociedade possuem atualmente, uma nova concepção sobre o doente mental, passando a se relacionar de uma forma amigável, não o excluindo do meio social. É necessário modificar as formas arcaicas voltadas ao cuidar de pessoas com transtornos mentais, possibilitando a estes uma vida livre, autônoma pelo exercício da cidadania.

## REFERÊNCIAS

1. Terra MG, Ribas DL, Sarturi F, Erdmann AL. Saúde mental: do velho ao novo paradigma - uma reflexão. Esc. Anna Nery [periódico on line]. 2006 [citado 10 ago 2010]; 10(4): 711-717. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452006000400013&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000400013&lng=en).
  2. Teixeira MB. Qualidade de vida de familiares cuidadores do doente esquizofrênico. Rev. bras. enferm. [periódico online]. 2005 [citado 11 ago 2010]; 58(2): 171-175. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672005000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000200008&lng=en&nrm=iso) >. Acesso em 11 ago. 2010.
  3. Nardi AE, Bueno JR. in Bueno JR, Nardi AE (org). Diagnóstico e Tratamento em Psiquiatria. Rio de Janeiro: Medsi; 2000.
  4. Ministério da Saúde (Br). Saúde Mental no SUS: Os centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p.11-50.
  5. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2008.
  6. Zanetti ACG, Galera SAF, Caldana RHL, Zago MMF. A família e o processo de adoecimento do portador de esquizofrenia: um estudo de caso etnográfico. Biblioteca digital de Teses e Dissertações da USP, 2006. 100 f. [Dissertação]. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto; 2006. [Acesso em: 10 ago. 2010]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-15092006-162737/> >.
  7. Navarini V, Hirdes A. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. Texto contexto - enferm. [periódico on line]. 2008 [citado em: 2 fev 2011]; 17(4): 680-688. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000400008&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400008&lng=en).
  8. Randemark NFR, Jorge MSB, Queiroz MVO. A reforma psiquiátrica no olhar das famílias. Texto e Contexto Enfermagem, Florianópolis-SC, v.13, n.004, Dez. 2004. [Citado 11 jun. 2011]. Disponível em: < <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/714/71413406.pdf> >.
  9. Silva G, Santos MA. Esquizofrenia: dando voz à mãe cuidadora. Estudos de Psicologia, Campinas, v.26, n.1, Mar. 2009. [Citado 11 jun. 2011]. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n1/a09v26n1.pdf> >.
  10. Ministério da Saúde (Br) Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 6-46.
  11. Durão MAS, Souza MCBM. Cotidiano de Portadores de Esquizofrenia, após uso de um antipsicótico atípico e acompanhamento em grupo: visão do familiar. Rev Latino-Am Enfermagem, Local, v.14, n.4, Ago. 2006. [Citado 11 jun. 2011]. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a17.pdf> >.
  12. Santana AFFA. Qualidade de vida de pessoas com transtornos mentais cumprindo medida de segurança em hospital de custódia e tratamento. 2008. 159 f. Tese (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008. [Citado 11 jun. 2011]. Disponível em:
- R. pesq.: cuid. fundam. online 2011. dez. (Ed.Supl.):84-91

<http://www.enf.ufmg.br/mestrado/dissertacoes/AnaFl%E1viAAlmeida.pdf>.

13. Coutinho UM, Lauer H, Oliveira HN. Esquizofrenia hereditária com agressividade. Casos Clínicos Psiquiatria, [online], v.5, n.1-2, Dez. 2003. [Citado 11 jun. 2011].

Disponível em:

<http://www.medicina.ufmg.br/ccp/>.

Recebido em: / /20

Aprovado em: / /20