

FAMILIARES DE PESSOAS COM ESQUIZOFRENIA: SENTIMENTOS E ATITUDES FRENTE AO COMPORTAMENTO AGRESSIVO

Mariana Campos Campana¹, Marcos Hirata Soares²

¹Discente de Enfermagem. Universidade Estadual de Londrina. Londrina-PR-Brasil.

²Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem. Docente da Universidade Estadual de Londrina. Londrina-PR-Brasil.

RESUMO: Conhecer as dificuldades vivenciadas pela família constitui-se em necessidade iminente à consolidação do processo de reabilitação psicossocial. Trata-se de pesquisa qualitativa para conhecimento e análise de formas de enfrentamento de familiares perante o comportamento agressivo de seus parentes, e os sentimentos que tais situações geram. Como instrumento de coleta de dados empregou-se roteiro de entrevista a dez familiares, residentes na área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde, em Londrina, estado do Paraná, em 2012, cujo acompanhamento do indivíduo com transtorno mental fosse realizado em algum serviço de saúde mental da cidade. Os resultados revelam dificuldades de manejo de crises, busca por auxílio profissional e espiritual, assim como sentimentos em comum à maioria, como a desesperança, o sofrimento, o medo de sofrer agressão, a solidão e o isolamento social. Com a finalidade de aliviar tais dificuldades, acredita-se ser importante a intervenção do serviço de saúde no âmbito familiar.

DESCRIPTORES: Saúde mental; Relações familiares; Agressão.

RELATIVES OF SCHIZOPHRENIC OUTPATIENTS: FEELINGS AND ATTITUDES TOWARDS THE AGGRESSIVE BEHAVIOR

ABSTRACT: Discovering the difficulties the family experiences is an imminent need for the consolidation of the psychosocial rehabilitation process. A qualitative research was undertaken to get to know and analyze family members' forms of coping with their relatives' aggressive behavior and the feelings these situations arouse. As a data collection tool, a script was used to interview ten family members living in the coverage area of a Primary Health Care Unit in Londrina, Paraná in 2012, and who had a relative with mental disorder monitored at a mental health service in the city. The results reveal difficulties to manage crises, search for professional and spiritual help and feelings the majority have in common, such as despair, suffering, fear of being victim of aggression, solitude and social isolation. To relive these difficulties, it is considered important for the health service to intervene in the family context.

DESCRIPTORS: Mental health; Family relations; Aggression.

FAMILIARES DE PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA: SENTIMIENTOS Y ACTITUDES DELANTE DEL COMPORTAMIENTO AGRESIVO

RESUMEN: Conocer las dificultades vividas por la familia es una gran necesidad para la consolidación del proceso de rehabilitación psicossocial. Esta es una investigación cualitativa para conocimiento y análisis de formas de afrontamiento de familiares delante del comportamiento agresivo del paciente, y los sentimientos que tales situaciones generan. Para obtener los datos, fue usado guion de entrevista a diez familiares, residentes en el área de abrangencia de una Unidad Básica de Salud, en Londrina, estado del Paraná, en 2012, cuyo acompañamiento del individuo con trastorno mental fuera realizado en algun servicio de salud mental de la ciudad. Los resultados apuntan dificultades de manejo de crisis, búsqueda por ayuda profesional y espiritual, así como sentimientos en común a la mayoría, como la desesperanza, el sufrimiento, el miedo de sufrir agresión, la soledad y el aislamiento social. Con la finalidad de quitar tales dificultades, se cree ser importante la intervención del servicio de salud en el ámbito familiar.

DESCRIPTORES: Salud mental; Relaciones familiares; Agresión.

Autor Correspondente:

Marcos Hirata Soares
Universidade Estadual de Londrina
Av. Robert Koch, 60 - 86038-390 - Londrina-PR-Brasil.
E-mail: mhirata@uel.br

Recebido: 18/03/2015

Finalizado: 24/04/2015

INTRODUÇÃO

As famílias de pacientes psiquiátricos, historicamente, foram afastadas do tratamento de seus familiares doentes, principalmente quando eles são realizados por meio de internações em hospitais psiquiátricos. A partir do início do processo de Reforma Psiquiátrica, o qual luta pela reformulação do modelo assistencial em saúde mental, foi-se considerado importante o resgate da participação dos familiares no tratamento. A reaproximação do portador de transtorno mental com a família e o meio comunitário resgata sua autonomia e preserva sua subjetividade e individualidade⁽¹⁾.

A partir dessa mudança no modelo de tratamento, percebe-se que a ressocialização do portador de transtorno mental, além de assegurar a defesa dos direitos de cidadania, apresenta vantagens terapêuticas⁽²⁾. A família é um importante fator de ressocialização e reinserção social, pois é a primeira e principal instituição social com que o portador de transtorno mental vai se socializar. Além disso, a família passa a ser o suporte do doente nas dificuldades, é nela em que serão elaboradas as soluções para os problemas⁽³⁾.

De modo geral, a presença de um indivíduo com transtorno mental dentro da família pode afetar seu funcionamento. A experiência do cuidado domiciliar e o convívio mais intenso com o doente pode alterar a rotina diária. Além disso, prestar assistência frequente e estar constantemente preocupado com o doente acarreta aos familiares elevada sobrecarga. As adversidades vivenciadas pelos cuidadores exigem recursos que auxiliem na convivência com o membro que adoeceu e ratifica a ideia de que eles também necessitam de cuidados⁽⁴⁾.

Lidar com comportamentos problemáticos que envolvem agressividade verbal e física, agitação, "crises de nervo" e destruição de objetos é um desafio frequente enfrentado por familiares de indivíduos com transtorno mental⁽⁵⁾. Neste sentido, ressalta-se a importância de da intervenção do serviço de saúde, promoção de atividades que possibilite à família maior conhecimento sobre a doença e orientações em relação ao manejo de comportamentos e cuidados⁽⁶⁾. Faz-se necessário, além disso, entender o sofrimento familiar para mitigar a sobrecarga e oferecer oportunidades para que

eles compartilhem dúvidas e angústias⁽⁷⁾.

Surge, assim, a necessidade de se investigar sobre este tema que se embasa na hipótese empírica, mas sustentada pela literatura citada neste estudo. Os familiares de pacientes com transtornos mentais, em muitos casos, têm dúvidas em como agir adequadamente em momentos de crise, particularmente nos momentos em que ocorre comportamento agitado ou agressivo. Sem o suporte adequado, os familiares sofrem mais e contribuem menos para o processo de reabilitação psicossocial de seu membro familiar doente.

MÉTODO

Essa pesquisa foi realizada com a amostra da população da área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), em Londrina, estado do Paraná no período de setembro a outubro de 2012. Tratou-se de uma pesquisa de caráter exploratório-descritivo, do tipo qualitativa. A amostra foi constituída de dez familiares de pacientes com diagnóstico de Esquizofrenia, cujo critério de inclusão foi o de já ter vivenciado alguma crise com comportamento agressivo ou violento de seu familiar doente. O critério de exclusão foi a presença de transtorno mental também pelo familiar, identificado em seu próprio relato. Foi utilizado o método de fechamento da amostra por saturação teórica⁽⁸⁾.

Foi aplicada uma entrevista semiestruturada contendo sete perguntas que envolveram questões sobre o próprio entrevistado: sociodemográficas: sexo e idade, se ele apresenta algum problema de saúde, como se sente e age em situações de crise do familiar, o que faz para se sentir melhor e o que poderia ajudá-lo nesses momentos; e questões sobre o familiar com transtorno: qual o nome da doença, há quanto tempo foi diagnosticado e se ele já ficou agressivo ou violento. A entrevista foi gravada em mídia digital.

A análise dos dados seguiu os seguintes passos metodológicos: ordenação, classificação e análise final dos dados. A ordenação dos dados consistiu na transcrição de gravações; releitura dos relatos e organização do material de acordo com a proposta analítica. Para a classificação dos dados foram analisados os relatos relevantes, de acordo com a interpretação do pesquisador, com as ideias centrais dos entrevistados, e pela leitura repetida dos textos. A análise final consistiu em

uma análise de conteúdo temático-categorial, e as categorias de análise foram definidas pela interpretação das entrevistas⁽⁹⁾.

Os familiares foram identificados com as iniciais de seus nomes, o que assegura o anonimato dos sujeitos entrevistados. O projeto foi aprovado em avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade, com CAAE: 06394012.0.0000.5231. Foram respeitados todos os aspectos éticos referentes à pesquisa com seres humanos, assim como também não houve recusa à participação na pesquisa.

RESULTADOS

De acordo com a proposta deste estudo e a partir da análise das falas dos familiares entrevistados, emergiram duas categorias principais: [1] formas de enfrentamento de crises e [2] a expressividade emocional e sobrecarga.

Caracterização dos sujeitos

Os participantes foram selecionados com o auxílio de funcionários da UBS que frequentam. A caracterização total da amostra com familiares de pessoas com esquizofrenia se deveu ao fato de que era o transtorno mais prevalente e o que atendia os objetivos da pesquisa. Participaram da pesquisa dez cuidadores mais próximo do portador de esquizofrenia: seis mães, duas irmãs, um pai e um cônjuge. Apresentaram idade entre 40 e 62 anos e apenas um é do sexo masculino. A respeito da ocupação profissional dos familiares, dos dez entrevistados, oito desenvolviam as atividades “do lar”, um era aposentado e outra trabalhava em casa como costureira.

Modos de enfrentamento de crises utilizados pelas famílias

A procura por auxílio profissional é uma forma de enfrentamento utilizada pelos familiares, ela pode ser evidenciada na narrativa de um dos familiares que se refere à internação do familiar como recurso que gera alívio, porque acredita que com os profissionais de saúde ele terá melhor cuidado:

Eu fico feliz se levar ele para o hospital! Porque lá eu sei que ele tá no medicamento, daí eu sei que

ele vai ficar melhor, daí eu fico mais contente. E depois que ele vem do hospital ele vem bom. (MLF)

Outro familiar entrevistado, ainda, afirma que solicita o atendimento do SAMU (Sistema de Atendimento Médico de Urgência) em situações que geram comportamentos agressivos:

Ah, não adianta, quando ele começa a bater e xingar a gente tem que chamar o SAMU mesmo, porque o que que eu vou fazer? Não tem o que a gente possa fazer. (MLF).

Além dessas famílias, outras revelam que se sentiriam bem melhor e mais seguras se houvesse a possibilidade de internar o familiar por tempo indeterminado, onde ele morasse de forma digna e tivesse assistência de saúde integral e diferenciada dos hospitais, eles se referem a esse lugar como “casa de recuperação”:

É que no meu caso, porque eu não tenho condições, não dá, mas seria bom né, tipo uma casa de recuperação que cuidasse bem, como se fosse aqui em casa, daí a gente ficava tranquila né. (LRO)

Eu tentei achar alguma clínica para deixar ele diretamente lá, mas eu não encontrei. Porque a gente pensa que é melhor ele ficar lá com um monte de gente pra cuidar dele do que aqui. (VCP)

Uma participante relata que gostaria de participar de um “grupo de apoio”, pois aprenderia a lidar melhor com o marido que apresenta transtorno mental:

Se eu tivesse um grupo de apoio que pudesse tá participando sabe, pra família saber lidar com ele, porque a família fica perdida. (SAS)

Além da assistência profissional, outros recursos de enfrentamento foram citados pelos familiares, como o auxílio espiritual. Os familiares relatam a importância do envolvimento religioso:

Não tem nada pra ajudar nós né, a ajuda tem que vir lá de cima, só Deus, oração, nós podemos orar né. (FES)

A gente pede a Deus né, pede oração, ora muito.

Não tem mais nada pra fazer. (AAO)

A expressividade emocional e sobrecarga

Observa-se que por meio da análise das entrevistas, o contexto familiar dos indivíduos com transtornos mentais é permeado pela subjetividade que advém de uma gama de sentimentos relatados pelos próprios participantes do estudo, tais como o medo, a impotência perante crises e a tristeza diante das vivências diárias, geralmente conturbadas pelo processo da doença:

[...] me sinto com muito medo, assustada, muitas vezes, assim, eu fico meio imobilizada, parece que dá um gelo dentro da gente, deixa a gente imóvel, com medo de reagir e ele ficar mais agressivo. (SAS)

[...] fico com medo e penso que até de uma hora pra outra ele pode matar a gente. (MLF)

Entende-se, ainda, que a família é atingida pelos sentimentos de compaixão e dó, pois compreendem que o portador de transtorno não tem culpa por seu comportamento agressivo, como expõe uma participante:

[...] fico com dó, porque não é culpa dele, porque ele não era assim [...] não gosto de ver ele triste. (MLF)

Além disso, a compaixão se manifesta quando pensam que o familiar podia ter uma vida diferente e há um sentimento de revolta, quando por instantes se esquecem do transtorno do familiar. O entrelace de revolta e compaixão evidencia o sentimento de ambivalência dessa família:

[...] ela avança na gente, se a gente não se defender ela acaba com nós, daí a gente fica revoltada, porque você faz de tudo, eu dou remédio na boca, ajudo ela tomar banho, só que a gente é ignorante, porque na hora a cabeça não tá funcionando direito, é só naquele momento [...] depois que passa eu tenho dó, porque ela podia ter uma vida normal, eu tenho muito dó. (MCF)

Os familiares relatam a falta de amigos e

familiares, pois o portador de transtorno expulsa as visitas de casa e ao mesmo tempo não dá condições para a família sair de casa. Como é expresso na fala de uma participante:

[...] Por ela ser muito violenta, nós ficamos muito preso em casa e quando vêm os parentes em casa, ela toca. A gente fica muito sozinho. Quem vem aqui, mesmo sabendo que ela tem problema, fica chateado que ela toca, fala palavrão. [...] As pessoas se afastaram, elas tem medo. (FES)

Nas entrevistas houve relatos de pais angustiados e preocupados com o futuro, eles temem o fato de que caso venham a falecer, não há quem cuide do seu filho:

[...] explico pra ela direitinho as coisas e falo que ela tem que prestar atenção, para que um dia que nós vier a faltar, porque nós não fica vivo pra sempre, para ela não fazer erro [...] (DFC)

Eu preciso viver muito né, porque pra você ver, ela está com 36 anos, ela vai depender de nós. Eu tenho um filho, mas ele não tem tempo pra nós. (FES)

Os familiares relataram, ainda, que sentem-se esgotados e sobrecarregados emocionalmente como se pode perceber nas falas:

[...] a gente nem dorme direito. (MLF)

[...] tem hora que é tanta coisa que eu esqueço. (LRO)

[...] eu tenho que correr atrás dela o dia todo, ajudo a tomar banho, comer, dou os remédios [...] Às vezes eu pego ela comendo carne crua! Daí não tem como deixar ela muito sozinha e as minhas coisas fica por fazer. (DFC)

Durante a entrevista, os participantes mencionaram possuir doenças que tiveram origem após a manifestação do transtorno mental do familiar, eles citaram doenças vasculares, cardíacas, reumáticas e até transtornos psicológicos, como sugere a fala:

[...] eu comecei a sentir muito esgotamento, muito

cansaço [...] o médico falou que é depressão, tipo uma sobrecarga emocional [...] (SAS)

DISCUSSÃO

Trabalhar suas próprias ansiedades e se autoconhecer é o primeiro passo para a família proporcionar o cuidado da pessoa portadora de transtorno mental. Para enfrentar as situações conflituosas e conseguir exercer seu papel de cuidador, os familiares necessitam adquirir estratégias⁽³⁾. Nesse processo, os participantes demonstram que precisam e anseiam por ajuda profissional, principalmente no manejo de comportamentos agressivos.

Os familiares sentem necessidade de um serviço de saúde que dê apoio. O acolhimento dos serviços de saúde frente às suas necessidades repercute neles o sentimento de que também estão sendo cuidados. Possibilita, além disso, a obtenção de esclarecimento, aconselhamento e faz com que aprendam a lidar com situações que antes levariam o doente à internação⁽¹⁰⁾. Neste sentido, a intervenção grupal é valorizada pelas famílias e tem-se demonstrado como eficaz método terapêutico. Grupos focais permitem um ambiente de acolhimento de experiências e os faz perceber que outras pessoas enfrentam as mesmas dificuldades⁽¹¹⁾.

Estudo qualitativo realizado com familiares de pessoas com transtorno mental participantes de um grupo de autoajuda revelou que as famílias esperam dos profissionais mais do que a prescrição de medicamentos. Desejam que sejam feitas orientações sobre como lidar com o doente e, caso não sejam feitas, que ao menos indiquem onde obter essas informações. Por não encontrarem o suporte que desejam e necessitam no próprio serviço de saúde, essas famílias procuraram o grupo de autoajuda⁽⁶⁾.

A existência de ambientes que proporcionam discussão sobre os cuidados prestados ao familiar com transtorno mental e o cotidiano da família reavivava a esperança de melhora na autonomia do doente e diminui a sobrecarga familiar⁽⁶⁾. A satisfação com o serviço de saúde mental, além disso, influencia no nível de estresse dos cuidadores de pacientes psiquiátricos, quanto maior sua satisfação, menor é sua carga de estresse⁽¹²⁾.

Quando há impossibilidade de solucionar os problemas e como não há cura para o transtorno psiquiátrico que essas pessoas apresentam, os cuidadores utilizam formas de enfrentamento

centradas no controle emocional, como a espiritualidade e a religião. A busca por auxílio na religião mesmo não constituindo solução para o problema possibilita subsídio para o manejo de situações adversas, pois ajuda na adaptação psicológica à sobrecarga física e emocional⁽¹³⁾.

Estudo qualitativo realizado com seis famílias de portadores de transtorno mental aponta que o diagnóstico de transtorno mental causa negação por parte da família que se sente frustrada com o prognóstico da doença. Sentem-se impotentes perante conflitos que são de ordem mental e emocional e não físicos. Segundo os participantes do estudo, o sentimento de impotência frente a um problema físico seria menos intenso comparado ao transtorno mental⁽³⁾.

O contexto vivido por essas famílias é permeado por temor e insegurança. Estes sentimentos estão, frequentemente, relacionados com o medo da manifestação de comportamentos violentos. A agressividade e violência aumentam com o desenvolvimento de comprometimentos psiquiátricos. Ocorrem quando há desequilíbrio entre os impulsos e o controle pessoal. Os impulsos podem aumentar pelo comprometimento orgânico ou neurológico somado a conflitos despertados pelo meio. O controle, por sua vez, tende a diminuir perante fragilidade intrapsíquica. Sendo assim, qualquer condição que eleve os impulsos em indivíduos com controle diminuído pode gerar atos violentos⁽¹⁴⁾.

O comportamento agitado e as reações inapropriadas que o doente apresenta, limita a interação social de sua família. Torna-se, então, abalado o relacionamento delas com o mundo externo. O familiar sente medo das atitudes agressivas e, por vezes, constrangimento frente ao comportamento do doente⁽¹⁵⁾. O preconceito e o distanciamento da comunidade referida pelos entrevistados é uma dificuldade real enfrentada pelas famílias. Nota-se, no entanto, que o preconceito não está presente somente na sociedade, ele nasce dentro da família, o que prejudica ainda mais a convivência com esse familiar⁽¹⁵⁾.

É evidente a preocupação dos participantes com o bem-estar do familiar que apresenta transtorno mental. Alguns familiares quando questionados sobre seus sentimentos, não respondem objetivamente, mas relatam as preocupações e cuidados diários com o familiar,

direcionando esse tipo de resposta a todas as perguntas, o que demonstra elevada preocupação. Essa preocupação é constante na vida dessas pessoas e cuidar se torna a essência e prioridade no relacionamento com o familiar. As famílias vivem um processo doloroso e são inseguras em relação ao cuidado⁽¹⁶⁾.

Os familiares, além disso, pelas implicações que a convivência com a realidade do transtorno mental causa, encontram-se esgotados. Essas pessoas estão sobrecarregadas por demandas que envolvem o cargo de cuidar dos seus familiares portadores de transtorno, essa sobrecarga une fatores como a intensa preocupação, a elevada frequência de cuidados, a dificuldade financeira gerada pela doença e o incômodo que, por vezes, o cuidado gera⁽⁴⁾.

Estudo transversal correlacional realizado com cem familiares de pacientes psiquiátricos demonstrou que os cuidadores apresentam um nível muito alto de estresse, intimamente relacionado com a carga que o doente gera. Evidenciou, no entanto, um dado inesperado: quanto menor as competências do doente, maior o nível de satisfação dos familiares, demonstrando a existência de uma codependência entre o cuidador e o indivíduo com transtorno mental⁽¹²⁾.

A sobrecarga adquirida pelo cuidado é classificada de duas formas: sobrecarga objetiva e subjetiva. A situação de vida dessas famílias (condições de moradia, renda, nível de autonomia do indivíduo doente) e as características do tratamento que ele necessita colaboram com a origem da "sobrecarga objetiva". Esta se refere a custos gerados pelo transtorno, perturbações na rotina familiar e profissional e frequência de cuidados que o transtorno exige. A combinação dessas condições de vida com a "sobrecarga objetiva" pode originar a "sobrecarga subjetiva"⁽¹⁷⁾.

A "sobrecarga subjetiva" caracteriza-se por ser uma percepção pessoal sobre o cuidado com o doente e os sentimentos, incômodos e preocupações que tal atividade gera⁽¹⁸⁾. Esse tipo de sobrecarga é aparente nos familiares participantes desta pesquisa quando relatam sua intensa preocupação com o doente, nos momentos em que demonstram revolta e raiva por sua condição de cuidador e quando evidenciam extrema insegurança com o futuro, preocupados sobre como será a continuidade do cuidado do doente após a sua morte.

O transtorno mental transforma bruscamente a vida desses familiares, as alterações no relacionamento

externo e interno, o novo cotidiano e os novos papéis familiares geram sofrimento. Porém, mesmo fragilizado e sobrecarregado, o cotidiano familiar é permeado por afeto e cuidado. Eles transmitem um diferente olhar sobre a vida e seus valores⁽¹⁶⁾. É necessário compreender, no entanto, que mesmo preparadas para oferecer cuidado e independente de suas limitações, a família pode escolher cuidar ou não do portador de transtorno mental⁽³⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Enquanto limitações para este estudo, entende-se que não é possível tirar conclusões sobre as mesmas, pelo fato de não ter sido realizada uma pesquisa em relação às ações realizadas pelo serviço de saúde. No entanto, os avanços deste estudo permitiram a reflexão acerca da realidade de famílias que possuem um membro com transtorno mental, a sua reação em momentos de crise dos mesmos, sua expressividade emocional e seus modos de enfrentamento constituíram as principais contribuições desse trabalho.

Considera-se importante que esses familiares saibam lidar com suas emoções e com as situações criadas pelo sofrimento psíquico para possibilitar um meio social saudável para o indivíduo que sofre com a Esquizofrenia e para a família como um todo. Constata-se a busca por auxílio profissional e religioso realizada como modo de enfrentamento de crises e comportamentos agressivos, a primeira objetivando a solução do problema e a segunda como busca de conforto sentimental e espiritual.

Verifica-se, nesse sentido, a necessidade de intervenção do serviço de saúde no âmbito familiar, a fim de promover espaço para que a família exponha seus sentimentos, esclareça dúvidas e seja orientada sobre manejo de comportamentos agressivos. Possibilitar a integralidade ao cuidado destinado a essas pessoas, incluindo o respeito ao sistema familiar e aos valores culturais e religiosos ali existentes é fundamental. O enfermeiro, neste contexto, configura-se como profissional de grande importância, dada a sua formação, proximidade e atribuições, podendo articular a realização de grupos de apoio a familiares, visitas domiciliares e outras estratégias de intervenção.

AGRADECIMENTOS

Ao apoio da Fundação Araucária pela concessão de auxílio financeiro, com o edital Programa Universal – Pesquisa Básica e Aplicada, processo nº 21559. Aos funcionários da Unidade Básica de Saúde e aos cuidadores que participaram dessa pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Azevedo DM, Santos AT. Ações de saúde mental na atenção básica: conhecimento de enfermeiros sobre a reforma psiquiátrica. *R. pesq.: cuid. fundam. online* [Internet] 2012;4(4) [acesso em 16 mar 2015]. Disponível: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2010/pdf_643
2. Randemark NFR, Jorge MSB, Queiroz MVO. A reforma psiquiátrica no olhar das famílias. *Texto Contexto Enferm.* [Internet] 2004;13(4) [acesso em 16 mar 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072004000400006>
3. Borba LO, Paes MR, Guimarães AN, Labronici LM, Maftum MA. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. *Rev. Esc. Enferm. USP* [Internet] 2011;45(2) [acesso em 16 mar 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000200020>
4. Gomes MS, Mello R. Sobrecarga gerada pelo convívio com o portador de esquizofrenia: a enfermagem construindo o cuidado à família. *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* [Internet] 2012;8(1) [acesso em 16 mar 2015]. Disponível: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762012000100002
5. Barroso SM, Bandeira M, Nascimento E. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. *Rev. Psiq. Clín.* [Internet] 2007;34(6) [acesso em 16 mar 2015]. Disponível: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/n6/270.html>
6. Brischiliaria A, Bessab JB, Waidmanc MAP, Marcon SS. Concepção de familiares de pessoas com transtorno mental sobre os grupos de autoajuda. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet] 2014;35(3) [acesso em 16 mar 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.03.41015>
7. Andrade JMO, Silva PMC, Azevedo EB, Cordeiro RC, Andrade RB, Ferreira Filha MO. Concepções dos familiares de usuários acerca do cuidado oferecido em centro de atenção psicossocial. *Cogitare Enferm.* [Internet] 2013;18(1) [acesso em 16 mar 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v18i1.27904>
8. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública* [Internet] 2008;24(1) [acesso em 16 mar 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>
9. Oliveira DC. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Rev. enferm. UERJ* [Internet] 2008;16(4) [acesso em 16 mar 2015]. Disponível: <http://files.bvs.br/upload/S/0104-3552/2008/v16n4/a569-576.pdf>
10. Moreno V. Familiares de portadores de transtorno mental: vivenciando o cuidado em um centro de atenção psicossocial. *Rev. Esc. Enferm. USP.* [Internet] 2009;43(3) [acesso em 16 mar 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000300010>
11. Kebbe LM, Rôse LBR, Fiorati RC, Carretta RYD. Cuidando do familiar com transtorno mental: desafios percebidos pelos cuidadores sobre as tarefas de cuidar. *Saúde debate.* [Internet] 2014;38(102) [acesso em 16 mar 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140046>
12. Soares MH, Ceciliano DTD. Stress and satisfaction of family members and independent living skills of psychiatric outpatients. *Arch. Clin. Psychiatry.* [Internet] 2014;41(6) [acesso em 16 mar 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-608300000000031>
13. Pinto FNFR, Barham EJ. Habilidades sociais e estratégias de enfrentamento de estresse: relação com indicadores de bem-estar psicológico em cuidadores de idosos de alta dependência. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet] 2014;17(3) [acesso em 16 mar 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13043>
14. Sadock BJ, Sadock V. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica.* 9ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.
15. Vicente JB, Mariano PP, Buriola AA, Paiano M, Waidman MAP, Marcon SS. Aceitação da pessoa com transtorno mental na perspectiva dos familiares. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet] 2013;34(2) [acesso em 16 mar 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000200007>
16. Navarini V, Hirdes A. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. *Texto Contexto Enferm.* [Internet] 2008;17(4) [acesso em 16 mar 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400008>
17. Maurin JT, Boyd CB. Burden of mental illness on the family: a critical review. *Arch psychiatr. nurs.* 1990;4(2):99-107.
18. Cardoso L, Galera SAF, Vieira MV. O cuidador e a sobrecarga do cuidado à saúde de pacientes egressos de internação psiquiátrica. *Acta Paul. Enferm.* [Internet] 2012;25(4) [acesso em 16 mar 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000400006>