

**56**

**REVISTA  
RECCS  
FORTALEZA  
Nº 9  
P. 56-63  
1997**

**Fátima de Maria  
Sales Sanford**

*Professora Adjunta 4  
do Curso de Enferma-  
gem da Universidade  
de Fortaleza, Especial-  
ista em Enfermagem  
Psiquiátrica.  
Monografia.*

## **A REINserÇÃO DO EGRESSO - COMO A FAMÍLIA ACOLHE O DOENTE MENTAL APÓS A HOSPITALIZAÇÃO.**

### **RESUMO**

*Este estudo tem como finalidade levantar os principais fatores que influenciam na reintegração do doente que foi hospitalizado e detectar a influência da família na reinserção do doente mental.*

*Podemos afirmar que os pacientes que participaram do estudo encontram sérias dificuldades de se relacionar com os familiares e a inexistência de visitas frequentes dos familiares.*

### **ABSTRACT**

*This study aims to rise the main factors which influence on the integration of the sick person that has been hospitalized and detects the family influence in the reinsertion of the mentally sick.*

*Can assure that patients involved in the study found serious difficulties to interact themselves with their families due to the inexistence of constant visits by the family members.*

### **I - INTRODUÇÃO**

Este trabalho despertou nosso interesse por ocasião de estágio com alunos de graduação em Enfermagem, na disciplina Enfermagem Psiquiátrica onde sentimos a necessidade de levantar as causas das reinternações e suas conseqüências do ponto de vista geral da saúde.

Fala-se do alto índice de reinternações ocorridas nos hospitais psiquiátricos de Fortaleza, que seriam motivados provavelmente por: recidiva dos distúrbios, problemas sociais, rejeição familiar e agravamento do estado mental.

A admissão de um doente num hospital psiquiátrico é drama



que abala a família do paciente, tanto quanto a ele próprio.

Com a internação, o paciente é retirado bruscamente do seu meio e em geral permanece um longo tempo afastado dele, causando assim uma ruptura das funções sociais, pela dificuldade de relacionar-se com os familiares, amigos, vizinhos e demais membros da comunidade.

O seu regresso à sociedade e principalmente à família torna-se tão difícil quanto foi a internação, porque ambos, paciente e família, enfrentam no período de pós-alta, uma fase crítica, pois terão de adaptar-se a uma nova experiência; tanto esta pode lembrar-se de fatos desagradáveis provocados pela modificação comportamental do seu familiar, como o paciente pode recordar-se das situações provocadas pelos familiares que o levaram à doença. Com a alta hospitalar a permanência do paciente na comunidade dependerá de muitos fatores, principalmente da recepção e aceitação de seus familiares.

A família, por outro lado, parece de todas as causas citadas, a que seria mais decisiva. Em nosso estudo, procuraremos levantar uma possível relação entre família e reinternação.

Levando em consideração os elementos citados, levantamos como questionamentos do trabalho, os seguintes aspectos:

- 1) Haveria familiares com dificuldades de se relacionar com o doente;
- 2) Fala-se que familiares visitam pouco o doente;
- 3) Provavelmente familiares após a alta do paciente não o procuram para a retirada do hospital;
- 4) Estariam os familiares desinteressados com relação à saúde do doente.

Tendo em vista esta problemática, elaboramos dois questionários que foram aplicados; um com o paciente e outro com os familiares.

Em seguida analisamos estes questionários através de tabulações e interpretações de dados procurando melhor compreender a problemática em causa.

Esperamos ao final ter uma melhor compreensão deste problema.

## II - OBJETIVOS

Nosso propósito foi o de investigar como tem ocorrido a reintegração do doente mental na família. Para isso elaboramos os seguintes objetivos:

Levantar os principais fatores que influenciam na reintegração do doente que foi hospitalizado;

Detectar a influência da família na reinserção do doente mental.

## III - REVISÃO DA LITERATURA

Conforme recomendações da Organização Mundial da Saúde (O.M.S.) 1964, o trabalho da equipe de saúde mental deverá estender-se à família dos ex-pacientes para uma melhor adaptação dos mesmos em seu núcleo familiar.

COOPER (1967) afirma que na família do doente mental se descobre uma espécie peculiar de extremismo. As leis do grupo familiar que regulam não apenas o comportamento, mas também a experiência permissível são, ao mesmo tempo, confusas e inflexíveis. Por outro ângulo, no hospital psiquiátrico ele encontra médicos, administradores, enfermeiros, as quais são seus verdadeiros pais e irmãos, participando de um jogo interpessoal que, com demasiada frequência, se assemelha, nas complicações de suas regras, ao jogo em que o paciente fracassou no lar. Mais uma vez ele está perfeitamente livre para escolher. Pode decidir vegetar seus dias afora numa enfermaria de doentes mentais crônicos ou oscilar entre seu inferno familiar e o não diferente inferno das enfermeiras, ou seja, os doentes podem receber alta em menos de três meses, mas cerca de metade deles é readmitida em menos de um ano. Uma saída para além dessas alternativas ainda não foi descoberta. O mesmo autor continua: "tanto as famílias 'psicóticas' e 'neuróticas' como as famílias "normais" são, em nossa comunidade, caracterizadas por alto grau de alienação da realidade pessoal de cada um de seus membros. Chega a ser tentado a meditar sobre a atrevida hipótese de que, nas famílias psicóticas, o membro identificado como paciente esquizofrênico está tentando, por meio do seu episódio psicótico, livrar-se de um



sistema alienado e é, por conseguinte, em certo sentido menos "doente" ou, no mínimo, menos alienado do que o descendente "normal" das famílias normais".

**CARRASCO** (1968) atribui a má-evolução no período pós-alta hospitalar à incompreensão familiar, ao desemprego, entre outros fatores. Por outro lado, atitudes familiares têm sido apontadas como responsáveis por uma fuga ao ambiente hospitalar, resultante de uma inadaptação às condições impostas pela família e sociedade.

**PEREIRA & NUNES** (1971) relatam a experiência com famílias de pacientes internados na Comunidade Terapêutica do Hospital Pinel (Rio de Janeiro) como sendo muito gratificante. Na orientação das famílias puderam os autores verificar, entre outras conclusões, que menor número de pacientes na alta era rejeitado e que os familiares muito solicitados, sem um devido preparo inicial, tendem a apresentar reações persecutórias.

**JONES** (1972) diz que a família tem uma grande responsabilidade com seu familiar doente, porém dificilmente ela compreende a doença vindo a assumir um comportamento hostil em relação ao paciente, forçando-o a internações repetidas e conseqüentemente à cronicidade.

**ACKEMAN** (1978) considera que a razão única e mais universal do notório fracasso que até agora temos tido para impedir a enfermidade mental, deriva de nosso fracasso no enfrentar os problemas de saúde mental da vida familiar. De algum modo, temo-nos mantido tão ocupados, tão preocupados em estudar e tratar o sofrimento de indivíduos, que nos esquecemos do alto significado das dificuldades contínuas da família e a forma como a experiência familiar afeta os conflitos emocionais de seus membros adultos. A família é a unidade básica do desenvolvimento e experiência da realização ou fracasso. É também a unidade básica da enfermidade e da saúde. A enfermidade emocional pode integrar ou desintegrar a relação familiar. A enfermidade de um membro pode complementar a do outro ou ter efeitos antagônicos. Algumas formas de enfermidades podem ser compartilhadas por dois ou mais membros da família. Uma crise na vida da família pode ter efeitos profundos e de

grande alcance na saúde mental da família e de seus membros individuais.

**RICHTER** (1979) afirma que a pessoa psiquicamente doente não pode se curar enquanto sua família estiver seriamente perturbada. Um família, por exemplo, pode usar um de seus membros que seja um fracassado crônico como bode expiatório para descarregar a tensão coletiva que, sem isso, seria insuportável. O distúrbio psíquico dessa pessoa tem raízes no papel especial que lhe foi inconscientemente imposto pela família, e o tratamento psicoterapêutico pode falhar porque a família se recusa a abrir mão de seu bode expiatório.

**LAING** (1979) escreve: "O indivíduo não é unidade da doença, mas sim a família; portanto, não é o indivíduo que necessita dos serviços de um clínico para ser "curado", mas sim toda a família. Não só à família mas também a toda a rede pessoal extra familiar que envolve o indivíduo denominamos "vínculo familiar", ou seja, multiplicidade de pessoas pertencentes ao mesmo grupo de parentesco e de outros que, apesar de não serem ligados por laços de parentesco, são considerados como membros da família. Todos serão caracterizados por uma influência recíproca duradoura e intensiva na experiência e comportamento de cada um."

**CARMO** (1981) afirma que quando a família (ou o seu fantasma) está intrinsecamente relacionada com o aparecimento da sintomatologia psicótica, em um ou mais de seus membros torna-se aparente que o restante dos elementos, em conluio planejam e executam a internação do doente.

**JACKSON** (1981) diz que os sintomas, as defesas, a estrutura de caráter e a personalidade podem ser consideradas como termos que descrevem as interações típicas do indivíduo.

**SGAMBAT** (1983) ressalta que a rejeição ao paciente tende a elevar-se à medida que cresceu o número de reinternações que implícita ou explicitamente, constitui-se em importante fator de desajuste dos pacientes com os familiares.

**MAURIN** (1983) afirma que, ao se formar a família, seus membros trazem consigo suas forças biológicas e emocionais, bem como suas vulnerabilidades, seus valores referentes



à saúde e seus hábitos de saúde, sendo o estado de saúde de cada família único e distinto. A medida em que os conflitos surgem, os membros negociam e barganham, tornando a configuração inicial do estado de saúde mais específica daquela família.

#### IV - METODOLOGIA

Este trabalho foi desenvolvido em dois hospitais psiquiátricos da Cidade de Fortaleza - Ceará por serem campos de estágio da disciplina Enfermagem Psiquiátrica a qual ministramos.

A população consta de pacientes adultos de ambos os sexos, os quais utilizamos como critérios para a definição da amostra.

Estimamos selecionar a amostra caracterizando-a da seguinte forma:

Seriam selecionados 40 pacientes adultos, sendo 20 homens e 20 mulheres e com diagnóstico de psicose de cada um dos hospitais mencionados no item anterior;

Pacientes reinternados por mais de duas vezes;

Pacientes e seus familiares em condições mentais de participar da amostra;

Entrevistar o familiar mais íntimo do paciente.

Os pacientes estariam internados nos hospitais a seguir discriminados:

O Hospital A: mantém uma média de 285 pacientes do SUS - Sistema Único de Saúde e do IPEC. - Instituto da Previdência do Estado do Ceará.

O Hospital B: mantém uma média de 150 pacientes, incluindo atendimento particular, SUS - Sistema Único de Saúde e IPEC. - Instituto da Previdência do Estado do Ceará.

Antes de ser iniciada a aplicação do questionário, foi explicado o propósito do trabalho, ou seja, na entrevista propriamente dita, o paciente e a família foram esclarecidos de que: o trabalho e o pesquisador não estavam

vinculados administrativamente a nenhuma das instituições e nem o paciente e sua família seriam identificados.

A entrevista foi feita com o paciente no próprio hospital e com seus familiares logo após a visita. Se não houvesse visita, a família seria procurada em sua residência, onde entrevistariamos o familiar mais íntimo do paciente.

Para coleta de dados empregamos dois instrumentos: um questionário para paciente e outro para família.

O primeiro consta de questões sobre dados pessoais do paciente, sua responsabilidade na família e as dificuldades encontradas após a alta hospitalar.

O segundo é constituído de perguntas sobre o relacionamento dos familiares com o paciente.

A coleta dos dados foi efetuada em forma descritiva abaixo das tabelas.

#### V - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS.

Os dados da pesquisa foram tabulados em forma de tabelas simples e cruzadas. Os dados serão discutidos a seguir:

De acordo com análise da Tabela I, observa-se que 37,5% dos pacientes foram internados obrigados por outras pessoas, 37,5% foram internados por pessoas de seu relacionamento, enquanto apenas 25% foram por iniciativa própria.

Observamos que houve coincidência nos dados obtidos da forma de como a internação dos pacientes aconteceu.

A família, por não estar preparada para assistir o paciente, recorre aos hospitais psiquiátricos como forma de isentar-se das responsabilidades que tem ante o mesmo. Pela tabela II, verificamos maior percentual de acometimento da doença mental entre os intervalos de 3 a 5 anos ou seja 82,5%. Enquanto que em outros intervalos mantém-se parcialmente uniforme.

Paradoxalmente, apesar de estes pacientes pesquisados contarem com a ajuda da readaptação familiar, já que voltam a residir com a mesma, constata-se o problema das



**TABELA I**

Distribuição dos pacientes de acordo com o sexo, estado civil e condições em que o paciente foi internado.

CONDIÇÕES EM QUE O PACIENTE FOI ENCONTRADO	SEXO ESTADO CIVIL	MASCULINO				FEMININO				TOTAL					
		S	C	V	A	SE	Nº	S	C	V	A	SE	Nº	%	
OBRIGADO		10	10	-	-	-	20	03	07	-	-	-	10	30	37,5
ESPONTÂNEO		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ENCONTRADO NA RUA		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
POR INICIATIVA PRÓPRIA		02	08	-	-	-	10	-	-	-	-	-	10	20	25,0
RECOLHIDO PELA POLÍCIA		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
POR PESSOAS DE SEU															
RELACIONAMENTO		03	07	-	-	-	10	05	15	-	-	-	20	30	37,5
<b>TOTAL</b>		<b>15</b>	<b>25</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>40</b>	<b>08</b>	<b>22</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>40</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

**LEGENDA:** S - Solteiro; C - Casado; V - Viúvo; A - Amasiado; SE - Separado**TABELA II**

Distribuição dos pacientes segundo o tempo de acometimento da doença mental.

TEMPO (anos)	Nº	%
0 — 1	03	7,5
1 — 2	02	5,0
2 — 3	02	5,0
3 — 4	13	32,5
4 — 5	11	27,5
5 — 6	09	22,5
6 OU +	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

reinternações pelo prolongamento da doença, hajam visto os intervalos de 4 - 5 anos terem a maior incidência - 32,5%.

Isto leva a crer que a falta de cuidados adequados durante o período em que o paciente permanece com a família leva-o a freqüentes reinternações em curto período de tempo, contribuindo para um prolongamento excessivo da doença mental, quando a volta ao convívio familiar deveria curá-lo.

**JONES** (1972) afirma que a família teme a perda do prestígio social e financeiro, bem

como que o paciente e eles próprios sejam estigmatizados e rejeitados pelas pessoas, em especial os vizinhos, amigos e parentes.

**TABELA III**

Distribuição dos pacientes segundo o número de internações

NÚMERO DE INTERNACIONES	SEXO		TOTAL	
	MASC.	FEM.	Nº	%
2 VEZES	03	06	09	22,5
3 "	17	14	31	77,5
4 "	-	-	-	-
5 "	-	-	-	-
6 ou +	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

Na tabela III, observamos que ocorreu maior freqüência entre o número de duas a três internações.

Segundo **MINZONI** (1979) a internação e a alta do paciente são difíceis para ele, tanto quanto para a família, porque o paciente não sabe como será recebido pela família, vizinhos e amigos e esta desconhece o estado de saúde mental de seu familiar ao regressar ao lar.



A tolerância por parte dos familiares é um dos fatores que contribuem diretamente para a experiência pós-alta do paciente no seu regresso à vida comunitária. Conforme foi apreciada na análise dos resultados da tabela.

**TABELA IV**

Distribuição dos pacientes segundo as pessoas com quem residem e após a alta voltaram a morar com as mesmas pessoas.

RETORNARAM A MORAR COM AS MESMAS PESSOAS APÓS A ALTA	SIM		NÃO		TOTAL	
	MASC.	FEMI.	Nº	%		
FAMÍLIA	15	18	33	82,5		
PARENTES	05	02	07	17,5		
AMIGOS	-	-	-	-		
SOZINHO	-	-	-	-		
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>		

Pelos dados da Tabela IV observamos que os pacientes masculinos e femininos 82,5% disseram sim, que após a alta voltaram a residir com seus familiares, contra 17,5% residindo com parentes.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1965) um dos elementos necessários ao paciente, quando este retornar ao seu meio, é que encontre o menor número de obstáculos para sua adaptação.

Se o paciente ao receber alta de um Hospital Psiquiátrico tiver na família uma pessoa significativa com quem possa relacionar-se será ajudado na sua adaptação social por essa pessoa e dificilmente retornará ao hospital. O fato de 100% dos pacientes retornarem a residir com as mesmas pessoas de antes da internação, assegura-lhes uma provável impossibilidade de sofrer nova ocorrência da doença neste aspecto de adaptação social.

Pelos dados da Tabela V, verificamos

**TABELA V**

Frequência de visita dos familiares aos pacientes durante a internação, segundo informações de ambos:

FREQUÊNCIA DE TEMPO	RELAÇÃO FAMÍLIA E PACIENTE				TOTAL	
	COINCIDENTE		NÃO COINCIDENTE		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
DIARIAMENTE	-	-	-	-	-	-
1 VEZ POR SEMANA	07	17,5	10	25,0	17	42,5
2 VEZES POR SEMANA	12	30,0	10	25,0	22	55,0
1 VEZ CADA 15 DIAS	-	-	-	-	-	-
1 VEZ POR MES	-	-	01	2,5	01	2,5
1 VEZ CADA 2 MESES	-	-	-	-	-	-
NUNCA VISITARAM	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>						

que os resultados das respostas apresentados pelos familiares coincidiram com os dos pacientes apenas em 47,5% contra 52,5% onde não houve coincidência nos resultados.

É importante relatar a não-coincidência dos dados acerca da frequência da visita realizada pelos familiares e pacientes respectivamente.

Não é nossa intenção apontar ou identificar quem forneceu dados incorretos; por outro lado, fica patenteada a existência de um relacionamento inadequado onde há discordância de pensamentos entre ambos. Assim comprova-se a hipótese da inexistência de visitas frequentes dos familiares ao doente mental.



Muitas vezes acontece de os familiares fornecerem dados incorretos para demonstrar preocupação com o seu familiar doente.

A frequência de visita dos familiares aos pacientes que aparecem em maior número, foi a de duas vezes por semana, correspondendo a 55%; a seguir, o de uma vez por semana com 42,5% e a de uma vez por mês com 2,5%.

**TABELA VI**

Opinião dos pacientes sobre a recepção dos familiares no seu regresso ao lar.

OPINIÃO	TOTAL	
	Nº	%
ALEGRES	19	47,5
TRISTES	18	45,0
INDIFERENTES	03	7,5
ZANGADOS	-	-
TOTAL	40	100,0

Pela análise da Tabela VI, observamos que 47,5% dos pacientes disseram que foram recebidos com alegria pelos familiares. Isso pode ter como causa o sentimento de culpa que os familiares têm pela doença do paciente e também por tê-lo internado em hospital psiquiátrico, como afirma CERQUEIRA (1978).

Enquanto que 45% foram recebidos com tristeza, 7,5 foram recebidos com indiferença. Assim, pensamos que a família recebe bem o seu familiar doente, não só por sentimento de culpa, como também para mostrar aos parentes, vizinhos e amigos que o problema da doença não é causado por ela, mas simplesmente por ele ser doente.

Ainda o fato de 45% serem recebidos com tristeza contraria o que a OMS (1965) argumentou como necessidade de se evitarem obstáculos para o retorno do paciente ao seu meio.

Isto pode acontecer pelo fato de a família apresentar uma certa rejeição demonstrando com atitudes como: não deixar sair de casa, que menos pessoas saibam, não deixar trabalhar por ser doente mental. Assim o doente não é reinternado com frequência como uma atitude de carinho, acreditando que este se cure. Escondendo assim a atitude de rejeição,

mostrando claramente ao paciente que ele na verdade não é bem-vindo; assim sendo recebem-no com tristeza.

O fato de este percentual de 45% das famílias receberem com tristeza o paciente comprova a hipótese 1: existem familiares com dificuldades de se relacionar com o doente mental.

Esses dados nos mostram que a família interna o paciente no hospital psiquiátrico tornando-se distante dele, não participando do seu restabelecimento, onde a demonstração de aceitação, amor e respeito são fatores básicos para que ele, o paciente, sinta-se amado, aceito e encorajado a vencer a doença, que em muitos são gerados por aqueles que estão tão próximos mas distantes ao mesmo tempo: os familiares.

## VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos na presente pesquisa fornecem base para afirmar-se que os pacientes que participaram do estudo encontram sérias dificuldades de se relacionar com os familiares e a inexistência de visitas frequentes dos familiares aos mesmos, confirmando assim ambas as hipóteses, concluímos que:

- A maioria dos pacientes reside com seus familiares, apesar de existir por parte dos mesmos um sentimento de tristeza com a volta do paciente ao lar.

- Torna-se difícil a readaptação do paciente à família devido ao número excessivo de reinternação no hospital psiquiátrico.

- Grande maioria dos doentes mentais não tem condições para o trabalho e não encontra na sociedade meios para conseguir.

- A família, por não estar preparada, delega a outros a responsabilidade de assistir o doente.

- 75% dos pacientes foram internados pelos familiares e por pessoas de seu relacionamento, portanto percebemos que a família ainda não se sente preparada para lidar com o paciente em crise, recorrendo às instituições hospitalares.

O maior percentual de acometimento da doença mental encontra-se nos intervalos de três a cinco anos (82,5%). Apesar de esses pacientes pesquisados contarem com a ajuda da readaptação familiar, uma vez que voltam a



residir com os parentes, constata-se o problema das reinternações, o que contribui para o prolongamento da doença.

Isso leva a crer que a falta de cuidados adequados durante o período em que o paciente permanece com a família após a alta médica, leva-o a freqüentes reinternações.

- 82,5% dos pacientes entrevistados voltaram a morar com a família após a alta. Isto nos leva a refletir que a família é o vínculo mais significativo no ajustamento do paciente quando esta favorece a confiança e a segurança do sujeito no contexto familiar. A pessoa da família que é para o paciente representativo, ajuda-o a relacionar-se contribuindo, assim, na sua adaptação social e dificilmente retornará ao hospital.

- Os pacientes, ao regressarem ao lar, são recebidos pelos familiares com sentimento de alegria (47,5%), enquanto 45% dos familiares acolhem com tristeza. Portanto, isto pode acontecer pelo fato de a família apresentar uma certa rejeição, demonstrando com atitudes como: não deixar sair de casa, que menos pessoas saibam, não deixar trabalhar por ser doente mental.

## VII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACKERMAN, M.W. - **Diagnóstico y tratamiento de las selecciones familiares**. 6. ed. Buenos Aires, Hormé, S.A.E., 1978.

CARMO, D.R. - **Contribuição ao Estudo de Integração na Família de Pacientes Egressos de Hospitais Psiquiátricos**. São Paulo: USP, 1981, 88p. Dissertação

(Mestrado em Enfermagem) - Curso de Mestrado em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 1981.

CARRASCO, J.S.D. - **Elementos de Psiquiatria e Assistência Psiquiátrica**. Editora Científico - Médica. São Paulo, 1968.

CERQUEIRA, L. - **Por uma Psiquiatria Social. Um Levantamento Preliminar**. Rio de Janeiro, 1978.

COOPER, D. - **Psiquiatria e Antipsiquiatria**. São Paulo, Ed. Perspectiva, 1967.

ELSEN, I. et al. **Um Marco Conceitual para o Trabalho com Famílias**. Florianópolis: GAPEFAM/UFSC, 1992. Mimeografado.

JACKSON, D.D. - **El Studio de la Familia**. Ed. Buenos Aires, Horme. S.A.E., 1981.

JONES, M. - **A Comunidade Terapêutica**. Petrópolis, Vozes, 1972. Cap. I, p. 31-62.

PEREIRA, C.A.G. & NUNES, E.P. - **Alguns Aspectos das Famílias dos Pacientes Internados na Comunidade Terapêutica do Hospital Pinel**. IN: CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA, 6, 1971, São Paulo. Anais ... São Paulo: Ed. São Paulo, 1971, p. 272-275.

RICHTER, H.E. - **A Família como Paciente**, São Paulo, Editora Ltda, 1979.

SGAMBATI, E.R.V. - **Reinternação e Rejeição Familiar**. São Paulo: USP, 1983. 89P. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Mestrado em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 1983.