

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CORDENAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM

POLIANA SILVA DE ARRUDA



**PERCEÇÃO DE FAMILIARES DIANTE DO TRANSTORNO MENTAL  
E O TRATAMENTO EM HOSPITAL DIA**

SÃO LUÍS

2018

POLIANA SILVA DE ARRUDA

**PERCEPÇÃO DE FAMILIARES DIANTE DO TRANSTORNO MENTAL  
E O TRATAMENTO EM HOSPITAL DIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à banca de defesa do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador (a): Profa. Dra. Rita da Graça  
Carvalho Frazão Corrêa

SÃO LUÍS

2018

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Arruda, Poliana Silva de.

Percepção de familiares diante do transtorno mental e o tratamento em Hospital Dia / Poliana Silva de Arruda. - 2018.

79 p.

Orientador(a): Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa.  
Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2018.

1. Família. 2. Percepção. 3. Transtorno Mental. 4. Tratamento. I. Corrêa, Rita da Graça Carvalhal Frazão. II. Título.

POLIANA SILVA DE ARRUDA

**PERCEPÇÃO DE FAMILIARES DIANTE DO TRANSTORNO MENTAL  
E O TRATAMENTO EM HOSPITAL DIA**

Trabalho de conclusão de Curso de Enfermagem apresentado à banca de defesa do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

Aprovado em \_\_, de \_\_\_\_\_, do ano 201\_\_.

Banca Examinadora:

---

**Profa. Dra. Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa** (Orientadora)

Universidade Federal do Maranhão - UFMA

---

**Profa. Dra. Elza Lima da Silva**

Universidade Federal do Maranhão - UFMA

---

**Profa. Esp. Kardene Pereira Rodrigues**

Universidade Federal do Maranhão - UFMA

## DEDICATÓRIA

Primeiramente à Deus, pela força, amparo e amor inigualável em todas as situações em que necessitei, durante a minha vida, sem ele nada sou. À mulher mais incrível e admirável que se dedicou a mim e ao meu irmão com amor e zelo, minha mãe, você é maravilhosa, e é o motivo da minha resiliência e persistência, com você posso compartilhar todos os meus sonhos e acreditar neles, meu porto seguro é você. Aos meus irmãos Luciano, Maria Luiza, Nilcineia e minha sobrinha Líscia, minhas dádivas de Deus.

**Canção do Tamoio**

*“Não chores, meu filho;  
Não chores que a vida  
É luta renhida:  
Viver é lutar.  
A vida é combate,  
Que os fracos abate,  
Que os fortes, os bravos,  
Só pode exaltar.  
(...)*

*E pois que és meu filho,  
Meus brios reveste;  
Tamoio nasceste,  
Valente serás.  
Sê duro guerreiro,  
Robusto, fragueiro,  
Brasão dos tamoios  
Na guerra e na paz.  
(...)*

*As armas ensaia,  
Penetra na vida:  
Pesada ou querida,  
Viver é lutar.  
Se o duro combate  
Os fracos abate,  
Aos fortes, aos bravos,  
Só pode exaltar.”*

**(Gonçalves Dias)**

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente à **Deus** por me dar a vida, a saúde e força necessárias para a realização desse estudo, por cuidar de mim e da minha família tão bem, por me guiar, me proteger, me levantar em todos os momentos em que necessitei e pelo amor de fonte inesgotável que sempre recebi durante toda a minha vida.

À **Universidade Federal do Maranhão** pela oportunidade de ter uma boa formação e realizar meu sonho de possuir uma profissão excepcional que exercerei com muito orgulho.

Ao **Curso de Enfermagem** por me moldar e ensinar a ser um ser humano melhor por meio da ciência, arte e ensino do cuidar do outro e de mim mesma.

Aos **sujeitos** participantes da pesquisa pela disponibilidade, boa vontade, contribuição e compreensão da importância deste trabalho.

À **administração do Hospital Dia Vida e Liberdade**, por permitir a realização dessa pesquisa, e aos **profissionais** da instituição pelo incentivo e apoio durante as abordagens e por terem me recebido tão bem.

À minha orientadora **Prof<sup>a</sup> Dra. Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa**, pela dedicação e competência na tarefa em melhor orientar-me, disponibilidade, elegância, paciência e sabedoria que sempre demonstrou ter comigo na compreensão de minhas limitações e necessidades e pela imensa contribuição na construção deste trabalho com recomendações preciosas e sábias.

A todos os professores e professoras do Departamento de Enfermagem por todos os conhecimentos compartilhados, terei referências para a vida, em especial às professoras da banca de defesa **Prof<sup>a</sup> Dra. Elza Lima da Silva** e a **Prof<sup>a</sup> Esp. Kardene Pereira Rodrigues**, e a **Prof<sup>a</sup> Dra. Maria Tereza Martins Viveiros** muito obrigada pela imensa contribuição com este trabalho e durante a minha formação acadêmica.

À minha mãe **Maria Nazaré de Oliveira** por sempre acreditar no meu potencial, investir em mim, por todo apoio, zelo e amor durante toda a minha vida, minha principal inspiração e a melhor dádiva de Deus, te amo incondicionalmente!

As meus amigos e companheiros de curso **Romulo Batista de Sá Moraes e Rafael Silva** por todos estes anos de amizade, cumplicidade e pela ajuda na construção deste trabalho.

## RESUMO

A assistência em saúde mental durante cerca de duzentos anos se limitou a prática manicomial, onde a família era geralmente excluída do processo de tratamento, e a pessoa com transtorno mental sofria uma espécie de segregação social. Após a Reforma Psiquiátrica, surgiram propostas que além de possibilitar a inclusão da pessoa acometida pelo transtorno mental na sociedade, também inserem a família como elemento importante no cenário da assistência. O objetivo deste estudo é de conhecer a percepção de familiares de pessoas com transtorno mental em relação a doença e o tratamento em um Hospital Dia. Estudo de natureza qualitativa realizado com 12 participantes, cujos familiares são assistidos no Hospital Dia Vida e Liberdade, em São Luís, MA. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, utilizando-se de um gravador para manter a fidedignidade das falas. A análise foi realizada utilizando-se a técnica de análise de conteúdo. As categorias emergentes foram: Compreensão a doença mental; Experiência com a doença mental; Mecanismos de Enfrentamento; Percepção frente ao tratamento e a importância para a família. Os resultados mostraram que os familiares apresentam uma percepção clara e consciente diante do transtorno mental evoluindo do desconhecimento inicial a um conhecimento empírico construído com base na convivência. Esta foi percebida como difícil, traumática, com inúmeras dificuldades, resultando na utilização de mecanismos de enfrentamento diversos. O tratamento no Hospital dia foi visto pelos familiares como de qualidade e resolutivo em relação a outras instituições, em especial, as de longa permanência. Conclui-se que para um tratamento humanizado em saúde mental é necessário compreender melhor os familiares de indivíduos com transtornos mentais, envolvendo-os na assistência e dando-lhes o suporte necessário para lidarem melhor com a doença de seu familiar, contribuindo no sucesso do tratamento e melhoria do convívio familiar.

**Descritores:** Transtorno Mental; Família; Tratamento; Percepção.



## ABSTRACT

During the period of two hundred years, mental health care was limited to asylum where the family was excluded from the treatment process and the person with mental disorder suffered from social segregation. After the psychiatric reform, there were proposals that allowed the inclusion of these people, who also insert the family as an important element in the care setting. The main objective of this research is to recognize the familiar perception of the disordered mental person about the disorder and the treatment in a Hospital of the Day. It is a qualitative study carried out with 12 participants, that the relatives are accompanied by the Hospital "Dia Vida Vida e Liberdade" São Luís, MA. The database was collected through a semi-structured interview using a voice recorder to maintain speech fidelity. The analysis was done using content analysis techniques. The emerging categories were: Understanding of mental disorder; Experience in mental illness; Mechanism of coping; Perception about treatment and family importance. The results showed that the family members present a clear and conscious perception before the mental disorder that evolves from the initial ignorance to an empirical knowledge constructed based on the coexistence. This was perceived as difficult, traumatic, with numerous difficulties, resulting in the use of various coping mechanisms. The treatment in the hospital of the day was seen by the relatives as being of quality and resolute in relation to other institutions, especially those of long stay. It is concluded that for a humanized treatment in mental health, it is necessary to better understand the relatives of individuals with mental disorders, involving them in the care and giving them the necessary support to deal better with the disease of their relatives, contributing to the of the disease, treatment and improvement of family life.

**Key words:** Mental disorder; Family; Treatment; Perception.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>15</b>
2.1 Objetivo geral .....	15
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>16</b>
3.1 A doença mental e o tratamento: conceitos e histórico .....	16
3.2 Reforma Psiquiátrica .....	17
3.3 A família e a doença mental .....	20
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>26</b>
4.1 Delineamento de estudo .....	26
4.2 Local do estudo.....	26
4.3 Participantes do estudo .....	27
4.4 Coleta de Dados .....	27
4.4 Instrumento de coleta de dados .....	28
4.5 Análise dos dados .....	28
4.6 Aspectos éticos da pesquisa .....	29
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>30</b>
<b>6 CONCLUSÃO .....</b>	<b>56</b>
<b>7 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>58</b>
<b>ANEXO A – Parecer do Colegiado de Curso.....</b>	<b>67</b>
<b>ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética – CEP .....</b>	<b>68</b>
.....	76
<b>APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista Semiestruturada .....</b>	<b>77</b>
<b>APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....</b>	<b>78</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reformulou o conceito de saúde mental, definindo-o como um estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe o seu próprio potencial, é capaz de lidar com o stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e de dar um contributo para a sua comunidade. A mesma defende que a saúde mental e o bem-estar são fundamentais para o desenvolvimento pessoal e interpessoal do ser humano, devendo a sua promoção, proteção e recuperação constituírem preocupações vitais dos indivíduos, comunidades e sociedades (WHO, 2005).

Entendem-se como transtornos mentais e comportamentais as condições caracterizadas por alterações doentias de pensar ou do humor e do comportamento associadas à angústia expressiva ou deterioração do funcionamento psíquico global. Respondem por uma proporção elevada de todos os anos de vida com qualidade perdidos em função de uma deficiência ou transtorno, e a previsão é que esse ônus cresça significativamente no futuro (OMS, 2001).

Embora os sintomas variem consideravelmente, tais transtornos geralmente se caracterizam por uma combinação de ideias, emoções, comportamento e relacionamentos anormais com outras pessoas. São exemplos a esquizofrenia, a depressão, o retardo mental e os transtornos devidos ao uso de substâncias psicoativas (OMS, 2001).

Além do sofrimento óbvio devido aos transtornos mentais, existe um ônus oculto de estigma e discriminação enfrentado pelos indivíduos com transtornos mentais. Tanto em países de baixa como de alta renda, a estigmatização de pessoas com transtornos mentais tem persistido ao longo da história, manifestada por estereotipia, medo, assédio, raiva e rejeição ou evitação (ARBOLEDA-FLÓREZ, 2001).

Violações de direitos humanos e liberdades básicas e negação de direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais aos que sofrem de transtornos mentais são uma ocorrência comum em todo o mundo, tanto dentro de instituições como na comunidade. Além de uma recusa injusta de oportunidades de emprego e

discriminação no acesso aos serviços, seguro-saúde e políticas habitacionais (ARBOLEDA-FLÓREZ, 2001).

Antigamente, as instituições psiquiátricas e suas ações de sequestro e tutela se preocupavam em definir a doença, classificando-a e gerenciando-a, codificando normas e sintomas. A ciência afirmava que a pessoa com transtorno mental era produto de uma alteração essencialmente biológica, e que nada se poderia fazer a não ser aceitar sua condição de anormalidade. Nessa perspectiva, as dimensões sociais, psicológicas e culturais da pessoa não eram consideradas e o diagnóstico assumia o valor de um rótulo (BASAGLIA, 1985 apud BORBA, 2010).

Segundo Basaglia (1985) citado por Borba (2010), a prática médica era centrada na definição da loucura, expondo-se assim a fragilidade de uma disciplina que limitou o transtorno mental, a uma objetivação, sem considerar os aspectos da subjetividade da existência humana.

É a partir da realidade dos maus tratos, da violência e negação da cidadania e dignidade no cuidado e tratamento às pessoas com transtorno mental, que surgiu a crítica e a oposição à institucionalização e aos manicômios, pois não era possível tolerar que seres humanos continuassem expostos a esta realidade de condições desumanas, pelo fato de possuírem um transtorno mental (BASAGLIA, 1985 apud BORBA, 2010).

O movimento da reforma psiquiátrica brasileira visa à desconstrução do manicômio, no que diz respeito às estruturas físicas, aos mitos e às formas arcaicas de fazer e de pensar centradas no hospital moderno medicalizado. O modelo de atenção emergente, o psicossocial, adota como política a construção do conhecimento por meio da intervenção/transformação efetiva da realidade, articulando o discurso, a análise e a prática (LUZIO; L'ABBATE, 2006).

Segundo Borba (2010), no cenário brasileiro as políticas públicas de saúde, em especial as relacionadas à saúde mental, tem evidenciado a necessária inclusão da família nas discussões acerca das transformações que estão ocorrendo na assistência nesta área. Almeja-se a reinserção social, o resgate da cidadania, autonomia da pessoa com transtorno mental e o tratamento desses sujeitos em serviços comunitários substitutivos de atenção à saúde. Assim, o espaço de

convivência familiar se torna indispensável para a concretização do modelo assistencial emergente, o psicossocial.

Para Reis (2010) a nova política de saúde mental privilegia o território como espaço de construção de ações inovadoras, e entende a família como locus de inclusão e convívio social. A família se insere como colaboradora nas práticas de saúde mental, conhecidas como práticas de reabilitação psicossocial, que se mostram como um recurso singular e fundamental para que os serviços substitutivos viabilizem propostas de cuidado alicerçadas na desinstitucionalização.

Assim, o tratamento em saúde mental vem se adaptando a uma nova forma de intervir na relação da família com o indivíduo que possui transtorno mental, incentivando esta a participar diretamente do seu cuidado, procurando empoderá-la no que diz respeito a acolher o ente adoecido mentalmente, incentivá-lo a continuar o tratamento corretamente e auxiliá-lo a inserir-se novamente na sociedade (REIS, 2010).

Para Randemark *et al.*, (2004) a simples transferência de responsabilidade para a família e comunidade constitui um problema que necessita de análise e reflexão pelos agentes institucionais de saúde envolvidos com a Reforma. É importante lembrar que as famílias de indivíduos com transtornos mentais estão expostas a sobrecarga emocional e, mesmo com a Reforma, são alvos de preconceitos e discriminação. A própria carência de suportes institucionais não permite que as famílias sejam suficientemente amparadas para o enfrentamento do problema, incentivando, conseqüentemente, a “desospitalização”.

Ao longo da vida acadêmica e ao deparar-me com a assistência em saúde mental dispensada em algumas instituições em nosso município, pude visualizar a importância da família no tratamento do indivíduo com transtorno mental e algumas de suas dificuldades e deficiências em relação ao desempenhar seu papel neste tratamento, surgindo portanto a seguinte inquietação: Como a família percebe o transtorno mental e seu tratamento?

Mioto (2010) enfatiza que a família é um dos eixos organizadores da vida do ser humano, o que torna relevante a investigação sobre como a doença mental pode afetar a dimensão familiar. E que a partir do entendimento de que a família é

esse grupo social que tem grande responsabilidade no processo de enfrentamento junto ao indivíduo e a sociedade, compreende-se que da mesma forma que ela afeta o sujeito também é afetada, devendo, portanto, estar inserida em nossos estudos, considerando que o indivíduo é um ser social.

Diante da relevância da temática surgiu a necessidade conhecer essa realidade a partir do olhar da família, uma vez que esta, segundo Randemark et al (2004), desenvolve um papel fundamental no incentivo e continuidade do tratamento da doença mental e a ressocialização, acolhendo o paciente egresso e intermediando sua transição do manicômio para a sociedade. Sendo assim, este trabalho tem por objeto de estudo a percepção de familiares diante do transtorno mental e o tratamento em um Hospital Dia.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

- Conhecer a percepção de familiares de indivíduos com transtornos mentais diante da doença mental e o tratamento em um Hospital Dia.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 A doença mental e o tratamento: conceitos e histórico

A doença mental é caracterizada como respostas mal adaptativas aos estressores advindos do meio interno ou externo, evidenciadas por pensamentos, sentimentos e comportamentos incongruentes às normas locais e culturais, e que interferem com o desempenho de funções sociais, ocupacionais e/ou físicas do indivíduo (TOWSEND, 2014).

O transtorno mental é definido como alterações do funcionamento da mente que prejudicam o desempenho da pessoa na vida familiar, na vida social, na vida pessoal, no trabalho, nos estudos, na compreensão de si e dos outros, na possibilidade de autocrítica, na tolerância aos problemas e na possibilidade de ter prazer na vida em geral (VIANA; ALMEIDA, 2011).

Os transtornos mentais são bastante frequentes e certamente uma em cada cinco pessoas terá em algum momento de sua vida um diagnóstico de transtorno mental (VIETTA, 2013).

A doença mental permanece até hoje obscura perante a medicina, ou seja, não há uma causa que realmente explique esta doença tão estigmatizante. No entanto, o adoecer psíquico é facilmente percebido, pois em geral, são apresentados pelos indivíduos que adoecem comportamentos fora daqueles normalmente aceitos pela sociedade. Assim, não sendo entendida pela comunidade como uma doença de causa já bem conhecida, tem sua definição pela determinação cultural e de valores, e não apenas por fatores biológicos. Existindo assim, o paradigma da exclusão social que se resume em isolamento dos doentes que não são aceitos dentro dos padrões habituais. A estigmatização da loucura faz com que o doente perca a sua cidadania, sofra preconceitos e seja segregado da sociedade (SPADINI; SOUZA, 2006).

A história da doença mental, ou loucura, é relatada desde os primórdios da civilização, onde a pessoa considerada anormal era abandonada à sua própria sorte, para morrer de fome ou por ataque de animais (RODRIGUES, 2001). Antigamente, muitas explicações sobrenaturais eram dadas para a doença mental, onde tratavam-se o doente com métodos mágicos - religiosos, eram exorcizados e queimados (PEREIRA, 1998).



Entre os séculos XIV e XV, os transtornos mentais eram considerados manifestações de demônios, após o surgimento do Renascimento, ocorrido no final da Idade Média, os indivíduos com as supostas manifestações demoníacas eram isolados em locais afastados do convívio social, encarcerados em prisões, e muitas vezes, eram tratados como criminosos. No século XVI, o desenvolvimento dos estudos da anatomia humana e com o avanço da medicina, houve o reconhecimento que muitas das doenças mentais eram resultantes de problemas no Sistema Nervoso Central (SNC) (SPADINI; SOUZA, 2004 apud ALABORA, DEMARCO; SILVA, 2017).

Conforme ainda Spadini e Souza (2004), em 1846, os indivíduos começaram a receber atendimento voltado ao ponto biológico e psicológico da doença, com auxílio de profissionais de várias áreas. Constituindo-se em uma mudança de concepção sobre a saúde e doença que resultou no movimento de antipsiquiatria, que defendia uma explicação da doença mental não somente do ponto de vista biológico ou fisiológico, mas sim, visando ao ser na sua integralidade.

No século XIX a doença mental começou a alcançar saberes biológicos. Em 1973, Pinel, importante pesquisador dos transtornos psicológicos, relatou sobre a questão afirmando que a doença mental poderia ser curada. Vale ressaltar também, a importância de Sigmund Freud, o qual difundiu mais sobre o que é considerado normal ou anormal quanto a essas doenças (SPADINI; SOUZA, 2004 apud ALABORA, DEMARCO; SILVA, 2017).

### **3.2 Reforma Psiquiátrica**

Antigamente, quando ocorria o primeiro surto, o doente era trancado em manicômios por longos anos, às vezes por toda sua vida, chegando a falecer na instituição asilar. A pessoa com transtorno mental era afastada de qualquer convívio ou sinal de uma vida produtiva, ficando à margem do social, distante da família, esquecida e excluída (PIMENTA; ROMAGNOLI, 2008).

No século XX, o tratamento destinado aos doentes mentais e o sistema manicomial passou a ser questionado por críticos, cujas maiores críticas aconteceram diante do poder médico e de suas práticas de exclusão do sujeito. Se fazendo necessário uma revisão dos paradigmas, “que reduziram e aprisionaram a loucura como objeto de um saber exclusivamente médico e a superação das formas

assistenciais segregadoras, dentro do sistema público de saúde, que desrespeitam a cidadania do louco” (VASCONCELOS, 2002).

Assim, surgiram movimentos a favor da reforma psiquiátrica, que almejavam novas formas de tratamento em doença mental e a inserção dos doentes na sociedade. A partir desses movimentos, novos discursos e novas práticas passaram a sustentar a relação da loucura com a sociedade (VASCONCELOS, 2002).

O Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil iniciou-se na década de 70, com as denúncias de maus tratos e violências aos doentes, falta de recursos e más condições de trabalho. Com caráter autenticamente democrático e social, buscava os direitos do doente enquanto ser humano, defendendo sua cidadania e novas formas de tratamento. Além da luta por mudanças de hábitos, por mudanças culturais, por tecnologias e por uma nova ética na assistência ao doente mental (AMARANTE, 1998).

Este movimento organizou-se a partir do processo de desinstitucionalização, com o intuito de garantir a cidadania às pessoas em sofrimento mental. Os ideários desta nova proposta foram inspirados no movimento conhecido como Psiquiatria Democrática, liderado por Franco Basaglia, precursor das grandes mudanças nas políticas de saúde mental italiana, pelo fato de abrir as portas do manicômio, romper com a Psiquiatria e mostrar ser possível tratar sem excluir (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001; AMARANTE, 2003; DIMENSTEIN, 2004; MACHADO, 2005).

A reforma psiquiátrica brasileira não se propõe à negação da doença ou dos sintomas, pois entende que há uma existência que produz sofrimento e mal-estar, mas busca compreender o ser humano em sua complexidade. Sugerindo a construção de novas possibilidades, a convivência em um mesmo espaço de forma tolerante com a diferença, não constituindo esta, motivo de exclusão, segregação, e negligência da cidadania e dignidade dessas pessoas (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006; MELMAN, 2006; AMARANTE, 2007).

Com o advento da reforma psiquiátrica, modificou-se a concepção da doença mental, que junto com a institucionalização, contribuía para o estereótipo do doente mental, colocando um novo olhar à psiquiatria, o de saúde mental. Após essa

nova concepção, houve a criação de novos modelos de atendimento, como serviços básicos, comunidades terapêuticas, entre outros (AMARANTE, 1998).

Destarte, surgem as experiências comunitárias de tratamento e acolhimento em saúde mental como: os Núcleos de Atenção em Saúde Mental (NAPS), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Centros de Convivência e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), que se constituem estratégias inovadoras (LUZIO; L'ABBATE, 2006).

De acordo com Luzio e L'abbate (2006), estas iniciativas propõem um desafio, além de almejar novas tecnologias de cuidado e a humanização das relações entre a pessoa com transtorno mental, sua família e a sociedade. Há uma busca em recriar o espaço social do louco, de modo em que este não mais seja visto como anormal, perigoso, incompetente, pois os objetivos estão centrados na inclusão e no respeito aos direitos humanos.

De acordo com Santin e Klafke (2011) com os avanços das Reformas Sanitária e Psiquiátrica no Brasil, muitas mudanças vêm ocorrendo, certamente a maior conquista no campo da saúde mental é o processo de desinstitucionalização da pessoa em sofrimento psíquico e a gradual implementação de serviços de saúde em meio aberto, como os CAPS, os Hospitais-dia e os Residenciais Terapêuticos. A partir dessa reformulação, os sujeitos que antes viviam enclausurados nos hospitais psiquiátricos, passam a dispor de um tratamento mais próximo de seus familiares e da comunidade onde vivem.

O Hospital dia surgiu como um dos dispositivos empregados para a desospitalização e ressocialização, sendo definido por Espinosa (2002) como um centro de hospitalização parcial, para tratamentos de complexidade média e intensiva, de caráter multidimensional, tanto biológicos como psicoterapêuticos e institucionais. É portanto, um recurso terapêutico que trata o paciente durante um tempo limitado, sem afastá-lo de seu meio social, familiar, de trabalho ou acadêmico, prevenindo a reclusão e a marginalização do paciente psíquico.

O tratamento no Hospital Dia é realizado através de uma série de atividades assistenciais, apenas com o paciente, com a família e em grupos terapêuticos, de acordo com os objetivos traçados para cada paciente em particular. Tendo como um dos principais benefícios, a valorização e inclusão da participação da família no

tratamento da pessoa com transtorno mental, sendo incentivada a atuar no processo de reabilitação e ressocialização, à medida que também é acolhida pelos profissionais de saúde que ali atuam, estes por sua vez, devem esclarecer seus questionamentos, educar acerca da doença e do tratamento na medida da compreensão de cada familiar, a fim de auxiliar e otimizar o cuidado ao pessoa com transtorno mental (ESPINOSA, 2002).

A proposição de uma assistência efetiva e não excludente implica na organização de serviços comunitários resolutivos, acessíveis e que disponham de equipe multiprofissional, pois somente na articulação de diferentes saberes e práticas é possível prestar cuidado abrangente o suficiente para atender as demandas impostas pela loucura (JORGE et al., 2006; JORGE et al., 2008).

### **3.3 A família e a doença mental**

A família pode ser definida como “O conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, residente da mesma unidade domiciliar, ou pessoa que mora só em uma unidade domiciliar” (IBGE, 2012).

Cervený (1994) considera que a família é um modelo universal para viver, sendo esta a unidade de crescimento; de experiência; de sucesso e fracasso e também a unidade da saúde e da doença.

Segundo Alabora et al (2017) a família constitui-se como um importante vínculo de construção da subjetividade do indivíduo, também afetando diretamente a sua vida e o seu tratamento, pois é, ou deve ser, a responsável pelo acolhimento e cuidado deste indivíduo.

Entendida como base da sociedade, a família como um grupo é capaz de compartilhar as experiências do viver, fornecer apoio nos momentos adversos, interagir, potencializar o diálogo, garantir o desenvolvimento saudável de seus integrantes a fim de que possam assumir a vida pessoal e profissional (MORASKI; HILDEBRANDT, 2005).

Moreno e Alencastre (2003) relatam que antes da década de 40, a psiquiatria compreendia que a família poderia atrapalhar o tratamento de seu membro

e que o cuidado deveria ser de responsabilidade exclusiva dos manicômios, o que levou à institucionalização de muitos usuários do serviço por tempos prolongados, tendo em vista que afastava os familiares desse processo de cuidado.

A distância em que os hospitais foram construídos das metrópoles, bem como por ser considerada a causadora da doença, são dois, entre os vários motivos para o impedimento da família em acompanhar continuamente seu ente com transtorno mental e participar do seu tratamento. Restando a esta o papel de encaminhá-lo à instituição psiquiátrica para que os técnicos do saber se incumbissem do tratamento e da cura (MORENO; ALENCASTRE, 2003).

Nos anos 50 e 60, com a desospitalização do louco, houve uma reaproximação da família do cenário da assistência, mas esta era rotulada, tendo seus comportamentos classificados. Atualmente, existe uma demanda pelo convívio saudável entre usuários e familiares a partir de iniciativas das políticas públicas de diferentes países (MORENO; ALENCASTRE, 2003).

Assim, Francelino et al (2012) concluem que a posição da família no cuidado dentro do contexto da saúde mental foi modificando-se no transcorrer da história. Passando de excluída deste cuidado e em seguida culpabilizada, no século XVIII, a ser e considerada, pelo menos nas discussões teóricas, como essencial no processo de cuidado de seus membros, mais recentemente, após o advento da Reforma Psiquiátrica.

Segundo Reis (2010), o tema convivência familiar com a pessoa em sofrimento mental tem sua origem em dois grandes movimentos sociais estabelecidos no Brasil em prol da democratização da saúde: a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica. Onde a necessidade de superação do modelo hospitalocêntrico, centrado na doença, encontra-se seu cerne nas políticas de saúde brasileiras que alcançaram seu marco político conceitual na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), com a formulação de propostas para mudanças no setor saúde, culminando no processo de elaboração de um novo modelo assistencial que garanta os direitos dos cidadãos.

A saúde passou a ser vista sob um olhar ampliado, incluindo nele não apenas as condições básicas de vida como alimentação, habitação, trabalho, entre outros, mas também, direitos ligados ao acesso universal e igualitário as ações e serviços de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, a fim

de garantir qualidade de vida às pessoas. Estas mudanças tiveram como base os princípios idealizadores da Reforma Sanitária, consagrados na Constituição de 1988, e, conseqüente advento do SUS, regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde 8080/1990 e 8142/1990, que serviram de sustentáculo para a reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil (REIS, 2010).

Nogueira e Costa (2011) relata que mesmo diante de toda transformação dos paradigmas de saúde mental preconizados pela reforma psiquiátrica, percebe-se, que até nos dias atuais, as pessoas com transtorno mental grave sofrem forte estigma e discriminação no seio familiar como também pela sociedade dada a complexidade de sintomas apresentados pela doença.

Ainda segundo as autoras, é justamente no momento de crise que os familiares, e demais pessoas, presenciam tal situação, e acabam rotulando o familiar doente de “louco”. Sendo assim, enquanto profissionais da saúde, é preciso formar consensos junto aos familiares e levá-los a compreender que o transtorno mental são manifestações da pessoa a qual precisa de cuidados, pois está doente (NOGUEIRA; COSTA, 2011).

Mioto (2010) caracteriza a família como um espaço privilegiado de promoção da saúde, tendo por isso papel fundamental na saúde individual e coletiva, acrescentando que ao compreendermos o protagonismo dos determinantes sociais se torna impensável descartar a família como referência das políticas públicas de saúde.

Silva e Monteiro (2011) trazem, a partir de seus estudos, a reflexão do papel da família enquanto fonte potencial de apoio, sendo fundamental sua participação nos cuidados em saúde mental, considerada uma instituição social permanente por ser capaz de se adaptar e se transformar, sendo reconhecida socialmente. Acrescentam que, dessa forma, a família deve atuar enquanto corresponsável pelo cuidado integral de seu membro que sofre psiquicamente.

A família é um grupo social organizado no qual os vínculos são potencializados e constitui-se espaço de ressocialização e de proteção aos seus membros. Sendo evidente a necessidade de conhecer e valorizar esta, reconhecendo-

a como mediadora entre o sujeito e a comunidade (CARVALHO, 2003; SARTI, 2003; VITALE, 2003).

Borba *et al.*, (2008) destacam, dentre os atributos do cuidado por parte da família, a proteção e a presença. Incluiriam as ações, interações e interpretações que a família realiza a partir de iniciativas de solidariedade para com seus membros, e referentes à segurança física, emocional e social que fornece aos seus componentes.

Tem-se a perspectiva de que a família seja capaz de produzir: “cuidados, proteção, aprendizado dos afetos, construção de identidades e vínculos relacionais de pertencimento” oportunizando aos seus membros melhor qualidade de vida e reinserção social. Entretanto, é preciso considerar que a família vive em determinado contexto e em dado momento de sua trajetória nos quais suas potencialidades podem estar comprometidas e ela necessite ser igualmente cuidada para fortalecer seu potencial de cuidar (CARVALHO, 2003; ELSESEN, 2002).

A convivência com a pessoa com transtorno mental no domicílio é difícil, envolvendo muitas questões, tais como, o preconceito não só com o familiar, mas com toda a família, a exclusão do familiar com transtorno mental, o medo e a vergonha pelos sintomas da doença, além da questão de que nem sempre os membros familiares conseguem lidar com toda a diversidade e complexidade que envolve o transtorno mental (GRANDI; WAIDMAN, 2011).

Segundo Nogueira e Costa (2011) a convivência com a pessoa com transtorno mental não é fácil, pois tais pessoas são imprevisíveis, algumas vezes agressivas, se isolam ou não manifestam afeto, dessa forma é importante que os profissionais de saúde orientem os familiares sobre os cuidados que devem ser tomados durante o tratamento sem isolá-los ou discriminá-los e, ao mesmo tempo, busquem cuidar de si.

Borba *et al.*, (2008), discutem acerca das sobrecargas que recaem sobre a família cuidadora, além de considerarem que a capacidade desta em adaptar-se às diferentes situações depende dos laços e vínculos que possui e do acesso a pessoas e serviços que possam apoiá-la.

Schrank e Olschowsky (2008) acrescentam que para ocorrer uma participação familiar efetiva se faz necessário fortalecimento de vínculos entre

profissionais e familiares, bem como, usuários e comunidade, incentivando uma vivência de compartilhamento e responsabilidade mútua.

As autoras afirmam que para em uma instituição de saúde que vise a ressocialização e desospitalização defendida pela reforma psiquiátrica, se fazem necessárias habilidades e motivação por parte dos profissionais para, a partir das trocas em equipe, ser possível compreender a relação entre os usuários e seus familiares (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

As oficinas, o atendimento individual, a visita domiciliar, a busca ativa e o grupo de família podem constituem-se como estratégias de integração entre os diversos atores (equipe, família e usuário), apesar de a participação de todos não ocorrer de forma direta nessas atividades, pois mesmo indiretamente, o processo que o usuário vivencia pode refletir na relação familiar (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

Schrank e Olschowsky (2008), consideram a equipe de saúde essencial no trabalho de inserção da família no processo de cuidado, devendo esta promover a participação familiar através da criação de condições e ambientes favoráveis a essa inclusão.

Silva e Monteiro (2011), enfatizam a necessidade de se dissociar doença mental e incapacidade, e para isso indicam o acolhimento da proposta de reabilitação psicossocial, bem como, a atenção voltada à família. Sugerem a educação em saúde direcionada aos familiares como estratégia a ser realizada por profissionais de enfermagem.

Ainda propõem a clínica ampliada como possibilidade de articulação da saúde mental e saúde da família, pois entendem que há uma ampliação do objeto de cuidado que vai para além da doença, mas considera o indivíduo que está em sofrimento ou em situações de risco ou vulnerabilidade, e o cuidado para o familiar deve incluir esses aspectos sociais e subjetivos (SILVA; MONTEIRO, 2011).

A clínica deve ampliar o cuidado estimulando a autonomia nesse processo por parte de sujeitos e familiares, possibilitando a esses o empoderamento para criar estratégias de cuidado para com o outro e para consigo mesmo (SILVA; MONTEIRO, 2011).



Nogueira e Costa (2011) afirmam que desinstitucionalizar não é apenas retirar do hospício, mas possibilitar uma convivência sadia, seja na família ou na comunidade e que o Estado, através das políticas sociais, em tempos neoliberais, preconiza o tratamento das pessoas com transtorno mental junto à família, mas não viabiliza a esta o suporte necessário ao cuidado do outro, apenas relegando a responsabilidade sem nem mesmo prestar as devidas orientações, daí ser tão difícil à família responder aos anseios do seu familiar adoecido.

A família desempenha papel fundamental não só com a relação com seus membros enquanto lócus de afiliação ou de reafiliação social, mas também com a relação com o Estado, na perspectiva de instituição social decisiva ao desenvolvimento de integração/inclusão social. Onde quando um familiar adoece, ocorre mudança na convivência diária da família causando ansiedade e preocupação (NOGUEIRA E COSTA, 2011).

Ainda de acordo com Nogueira e Costa (2011), é necessária a discussão sobre família, já que esta historicamente, esta foi negligenciada quanto à atenção, de modo que não houve prioridade em engajá-la efetivamente no processo de reabilitação psicossocial de seus familiares, usuários do serviço em assistência à saúde mental, sendo essencial valorizar o fato de que o cuidador está presente na maior parte do tempo na vida do usuário.

A inclusão da família no tratamento da pessoa com transtorno mental torna-se cada vez mais evidente, sendo necessário que esta esteja aliada ao serviço de saúde mental. Fazendo-se necessário uma assistência à família, com um suporte de apoio para que seja uma grupalidade capaz de responder aos cuidados que seu familiar com transtorno mental demanda, para além das condições materiais, em seu cotidiano (NOGUEIRA E COSTA, 2011).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Delineamento de estudo**

Estudo desenvolvido por meio da abordagem qualitativa que se propõe a obter informações de natureza subjetiva que não podem ser quantificadas.

Segundo Minayo (2010) a pesquisa qualitativa busca a compreensão do significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações, práticas e fenômenos sociais.

A pesquisa qualitativa busca a obtenção de dados descritivos, através do contato direto e interativo do pesquisador com o entrevistado, abrange um conjunto de técnicas interpretativas que têm como objetivo descrever e decodificar os componentes de um sistema complexo de significados, a partir da perspectiva dos participantes da situação estudada (MINAYO, 2010).

### **4.2 Local do estudo**

O estudo foi realizado no Hospital Dia Vida e Liberdade em São Luís – MA e no domicílio de alguns familiares dos pacientes atendidos na instituição.

O hospital dia é um centro de hospitalização parcial, para tratamentos de complexidade média e intensiva, de caráter multidimensional, tanto biológicos como psicoterapêuticos e institucionais (ESPINOSA, 2002). É portanto, um recurso terapêutico que trata o paciente egressos ou não de internação hospitalar, durante um tempo limitado (algumas horas por dia, das 8 a 16h, de segunda a sexta feira), sem o afastar do seu meio social, familiar, de trabalho ou acadêmico, prevenindo a reclusão e a marginalização do paciente psíquico.

O tratamento é realizado por equipe multiprofissional (enfermeiro, técnico de enfermagem, terapeuta ocupacional, psiquiatra, assistente social, educador físico, auxiliar de serviços gerais, entre outros) que atua através de uma série de atividades assistenciais com o paciente, a família e em grupos terapêuticos, de acordo com os objetivos traçados para cada paciente em particular.

No Hospital Dia Vida e Liberdade, em média 35 pacientes são assistidos mensalmente, além da assistência de segunda a sexta, com realização de atividades, consultas periódicas e formação de grupos terapêuticos, ocorre uma reunião ao mês com os familiares para tratarem da experiência destes com o paciente e do tratamento do mesmo na instituição, esta reunião visa envolver os familiares, sensibilizando-os da importância de uma maior participação no tratamento, acolhendo seu sofrimento, suas dúvidas e necessidades, identificando aspectos da dinâmica familiar, com a finalidade de auxiliar, orientar, esclarecer e possibilitar a troca de experiências e informações entre a equipe de saúde e a família.

### **4.3 Participantes do estudo**

Este estudo foi desenvolvido com 12 familiares maiores de 18 anos responsáveis pelas pessoas com transtorno mental, clientes do Hospital Dia Vida e Liberdade na cidade de São Luís, MA. A amostra foi por conveniência, cada familiar foi convidado a participar da pesquisa, sendo respeitado a sua disponibilidade e o local para a entrevista.

### **4.4 Coleta de Dados**

A coleta dos dados foi realizada pela pesquisadora por meio de entrevista semiestruturada individual no período de novembro a dezembro de 2017 utilizando-se um roteiro de entrevista com os familiares de pacientes do Hospital Dia, de acordo com a disponibilidade dos mesmos, em seus domicílios ou enquanto estes encontravam-se na instituição, para buscar ou trazer seu familiar, ou enquanto aguardavam as consultas ou quando participavam de reunião mensal no hospital dia.

A coleta de dados se deu inicialmente pelo convite aos familiares para participarem da pesquisa seguida da explicação dos objetivos e procedimentos da mesma. Após a concordância, as entrevistas individuais foram realizadas de acordo com a disponibilidade e conveniência dos familiares e foram gravadas com as suas permissões e em seguida, foram transcritas.

Na pesquisa qualitativa, a amostra não é aleatória, mas a ideal é aquela que reflete o conjunto de suas múltiplas dimensões e o número de entrevistas considerado relevante para a análise, sendo definido mediante as convergências e divergências sobre o tema que venham a se refletir nas diferentes falas (MINAYO, 2010).

Portanto, o número de entrevistas foi definido durante a coleta de dados através do critério de saturação, segundo o qual as entrevistas são suspensas quando os discursos apresentam repetição das informações, devido ao fato de não existirem novos elementos para a análise (SILVERMAN, 2009). Esta condição é critério de suficiência de amostra na pesquisa qualitativa.

#### **4.4 Instrumento de coleta de dados**

Os dados foram coletados por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice A) composto de duas partes: a primeira parte que buscou identificar aspectos sociodemográficos para a caracterização dos participantes, e a segunda parte que trata-se de perguntas abertas que conduziram a entrevista.

Segundo Minayo (2010) o roteiro permite ao entrevistado discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-fixadas pelo pesquisador e ao entrevistador realizar perguntas a partir de tópicos definidos previamente que levem a uma maior compreensão do objeto de estudo.

#### **4.5 Análise dos dados**

Após as entrevistas, foi feita uma leitura minuciosa dos depoimentos e as falas foram agrupadas de acordo com seu núcleo temático em categorias e interpretadas pela técnica de Análise de Conteúdo.

Segundo Bardin (2010) a Análise de Conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicação, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens.

Os significados manifestos e latentes no material qualitativo podem ser buscados a partir de diversas técnicas de Análise de Conteúdo. São quatro as modalidades da Análise de Conteúdo: Análise de Expressão, Análise de Relação, Análise Temática e Análise de Enunciação. Na busca dos significados manifestos e latentes do material qualitativo a análise temática foi a opção deste estudo por ser categorizada através de uma palavra, uma frase. Fazer uma análise temática é descortinar o núcleo dos sentidos das falas onde o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado (BARDIN, 2010).

A análise Temática é a forma que melhor se adequa à investigação qualitativa em saúde. Desta forma, foi utilizada neste estudo a análise temática. A operacionalização da análise temática desdobra-se em três fases: a primeira fase, na qual serão realizadas as transcrições das entrevistas e a organização de todo o material de pesquisa incluindo os questionários estruturados e os relatos. A segunda fase é de exploração do material coletado no campo por meio de leitura flutuante e exaustiva do material. A terceira e última fase busca a compreensão dos relatos (MINAYO, 2010). A discussão e análise dos dados foi embasada nas leituras referentes a doença mental, a assistência à doença mental e a relação da família com ambos.

#### **4.6 Aspectos éticos da pesquisa**

Em atendimento a resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do HUUFMA obtendo parecer favorável sob o número 2.341.259 em 20/10/2017 (ANEXO B). Anteriormente ao início da entrevista, foi apresentado o objetivo da pesquisa e permitida a contribuição e para aqueles que concordarem em participar da pesquisa foi apresentado o Termo de Consentimento livre e Esclarecido (TCLE), conforme Apêndice B, solicitando-se a assinatura do mesmo.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes deste estudo foram 12 familiares que acompanhavam seu familiar em tratamento no Hospital Dia Vida e Liberdade.

### 5.1 Caracterização dos participantes

QUADRO 1- Caracterização dos familiares participantes do estudo. São Luís - MA, 2017.

IDENTIFICAÇÃO	IDADE	SEXO	RELIGIÃO	ESCOLARIDADE	PARENTESCO C/ O PACIENTE
ENTREVISTADO 1	35	F	CATÓLICA	ENSINO SUPERIOR COMPLETO	IRMÃ
ENTREVISTADO 2	42	F	CRISTÃ	ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO	IRMÃ
ENTREVISTADO 3	74	F	PROTESTANTE	ENSINO SUPERIOR COMPLETO	IRMÃO
ENTREVISTADO 4	55	F	PROTESTANTE	ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO	CONJUGE
ENTREVISTADO 5	55	M	PROTESTANTE	ENSINO SUPERIOR COMPLETO	PAI
ENTREVISTADO 6	56	M	CATÓLICO	ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO	PAI
ENTREVISTADO 7	55	F	CATÓLICA	ENSINO SUPERIOR COMPLETO	IRMÃ
ENTREVISTADO 8	26	F	CATÓLICA	ENSINO MÉDIO COMPLETO	FILHA
ENTREVISTADO 9	55	F	PROTESTANTE	ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO	MÃE
ENTREVISTADO 10	71	F	CATÓLICA	ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO	MÃE
ENTREVISTADO 11	35	M	CATÓLICO	ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO	IRMÃO
ENTREVISTADO 12	52	F	CATÓLICA	ENSINO MÉDIO COMPLETO	TIA

O dados demonstram que os familiares estavam na faixa etária entre 26 e 74 anos, sendo a maioria sexo feminino, católica, grau de parentesco irmão, pai, mãe e escolaridade entre ensino fundamental incompleto a superior completo.

Spadini e Souza (2006) verificaram em seu estudo que na maioria dos trabalhos a figura feminina é identificada como a quem mais assume o cuidado ao doente; afirmando que assim pode-se pensar que a mulher têm em si já desenvolvido um instinto maternal e que, também ainda hoje em nossa cultura, é delegado às mulheres esse tipo de atividade.

O presente estudo corrobora neste sentido com as autoras, pois entre os 12 familiares entrevistados, 9 são do sexo feminino e atuam como cuidadoras das pessoas com doença mental.

## 5.2 Categorias Temáticas

Durante a análise deste estudo sobre a percepção dos familiares diante do transtorno mental e o tratamento em Hospital Dia, emergiram-se 4 categorias que foram organizadas de acordo com os núcleos temáticos, sendo elas: *Compreensão da doença mental; Experiência com a doença mental; Mecanismos de enfrentamento e Percepção frente ao tratamento e importância para a família.*

### 5.2.1 Compreensão da doença mental

Esta categoria refere-se a compreensão da doença mental por cada familiar, onde a experiência inicial da maioria dos familiares quando confrontados com a doença mental é o desconhecimento acerca desse tipo de patologia e seu tratamento.

*“[...] eu não tinha conhecimento nenhum da doença, de transtorno mental, por que não era uma coisa que estávamos familiarizados, não era uma coisa do nosso dia a dia, não tínhamos amigos, parentes, ninguém com essa doença e também nunca me preocupei em ver [...]” (Entrevistado 1)*

Diante da fala, pode-se notar que os familiares, geralmente não possuem um conhecimento prévio satisfatório sobre a doença mental, do momento anterior ao que se deparam com a mesma, e conseqüentemente, por conta disso, não têm uma boa noção de como lidar com ela, passando a buscar a informação sobre o assunto devido a necessidade de compreendê-la para assim melhor agir.

O desconhecimento sobre o significado da doença mental e a falta de clareza sobre o que ocorre com as pessoas acometidas por ela fazem com que a família se sinta perdida em relação a que atitudes deve adotar com seu ente (ESTEVAM et al, 2011).

Apesar do acesso à informação ter sido ampliado, há muitos mitos e preconceitos na sociedade em relação aos Transtornos Mentais. Este preconceito é cultural devido à falta de conhecimento em relação ao que é o transtorno mental (ALABORA; DEMARCO; SILVA, 2017).

A falta de informação confiável e orientação especializada sobre essa condição patológica levam ao estigma, que é um dos problemas de maior impacto na saúde mental, devido à influência negativa que causa no indivíduo. (SOUZA; VIEIRA, 2009).

Esse desconhecimento dos familiares pode ser originário tanto de um déficit educacional em saúde mental, quanto pela presença de conceitos distorcidos herdados socialmente e provenientes do estigma ainda presente nos dias atuais. Torna-se evidente diante desta realidade a necessidade e a importância de mais ações educativas sobre a saúde mental para a população em geral.

Conforme pontua Melman (2002), a família demonstra necessidade de conhecimento sobre a doença, bem como de seus sintomas e efeitos, não a separando do contexto familiar, para que esta possa enfrentá-la com mais segurança e menos sofrimento, e possa investir na recuperação/melhora do integrante doente.

Também foi verificado neste estudo que os familiares construíram concepções acerca do transtorno mental baseados no convívio com o ente adoecido, o que com base na observação de sinais e sintomas e posterior análise, proporcionou a formação de uma percepção sobre o assunto.

*“Ele já vem apresentando esse deslize há um bom tempo, mas só que agravou nos últimos anos, ele tem limitação, e essa limitação acaba deixando ele vulnerável para essa parte da bebida. Então ele usa droga depois que usa álcool.” (Entrevistado 5)*

*“[...] acho que é problema da cabeça dele, para onde ele vai diz que tem gente perseguindo ele, andava escondido atrás das portas e ouvindo os outros conversando [...]” (Entrevistado 9)*



Segundo Colvero (2004), os familiares em “suas falas apresentam julgamentos, pré-juízos, receios, dúvidas e fragilidades, face ao que é implicitamente suposto ser um diferente incurável, um fenômeno incontável e imprevisível”. Contudo, torna-se para estes familiares uma experiência que lhes escapa, despertando os sentidos pelos sentimentos mobilizados na convivência diária. Onde seus depoimentos são assinalados pela multidão de sentidos e significados que atestam a variedade de formas de compreenderem e explicarem o binômio saúde-doença mental.

É interessante notar que após formarem uma percepção subjetiva do assunto, os familiares elaboraram justificativas e inter-relações diante do que foi observado para confirmar essa percepção, construindo assim um conhecimento empírico sobre o transtorno mental. Após o choque inicial e a percepção com base na convivência, o familiar ao receber a informação necessária passa a compreender melhor a doença mental do seu ente.

*“A deficiência dela foi constatada como leve a moderada, e a porcentagem do QI é menor que o de uma pessoa considerada normal [...]” (Entrevistado 2)*

*“[...] Uma tia de papai teve esquizofrenia, depois que ficamos sabendo que a doença era a genética lembramos logo dessa tia, depois apareceu uma prima com a doença.” (Entrevistado 3)*

A família após receber informações sobre o que ocorre com o seu familiar adoecido mentalmente, passa a compreender melhor o seu problema de saúde, na primeira fala nota-se a presença de uma noção mais científica do transtorno mental a partir do entendimento do familiar sobre o mesmo, e na segunda a compreensão da hereditariedade como fator desencadeante para a doença.

De acordo com Araújo e Loyola (2014), a família não pode cuidar da pessoa em sofrimento mental, sem ter a devida preparação e orientação, é necessário que ela seja orientada e preparada para receber, acolher e cuidar do familiar com transtorno mental, uma vez que o cuidado requer capacitação mínima, tempo, dedicação, compreensão, além da necessidade de os cuidadores adquirirem estratégias para lidar com suas próprias emoções.

Para Pimenta (2008), há uma grande importância de a família ser bem informada, de ter um lugar disponibilizado para que suas dúvidas sejam sanadas, um local onde seja possível acolhê-la, orientá-la para que ela consiga cuidar do seu familiar doente.

Na verdade, ela se formou desprovida de conhecimento para lidar com o transtorno mental, mas, a partir do momento em que a doença passa a coabitar a casa, é necessário que os membros da família sejam instruídos e acolhidos em sua singularidade para dar conta de suas responsabilidades (PIMENTA, 2008).

A educação em saúde mental constitui-se portanto, como um instrumento importante para uma melhor assistência, sendo necessária não somente à família mas para a sociedade como um todo, pois segundo Santos (2014), a sociedade necessita de esclarecimento sobre o que é e como lidar com o indivíduo com doença mental para assim vencer seus próprios pré-conceitos.

A medida em que a família tenta compreender a doença mental, ela busca encontrar para esta as possíveis causas. Neste estudo, os familiares ao relatarem sua percepção sobre a doença mental, geralmente a relacionavam com alguns fatores, que em suas visões, contribuíram com o surgimento da mesma.

Segundo Baptista (2011), a busca pela explicação para o surgimento do transtorno mental perturba o imaginário das famílias, ou seja, percebe-se que os familiares sempre tentam encontrar resposta para o aparecimento do transtorno mental. Entre as dúvidas a família tenta buscar respostas que possam trazer explicações sobre o aparecimento do transtorno no familiar.

Tradicionalmente, considera-se que os transtornos mentais podem ser causados por agressão à integridade ou ao funcionamento do sistema nervoso central ou por influências psicológicas e sociais desfavoráveis. Assim, é estabelecida uma dicotomia: transtornos orgânicos de um lado e psicogênicos de outro (HIRATA; FERREIRA, 1995).

Bezerra (2001) relata que são várias as explicações, para as causas do adoecimento psíquico. Entre elas estão: a com base na teoria de conteúdo organicista (pancada na cabeça, suspensão da regra, doença do cérebro), fator educativo (a criação dos pais), fator hereditário (os pais eram nervosos).

Em concordância com os estudos acima citados, no decorrer da pesquisa foram identificadas que as causas dos transtornos mentais mais apontadas pelos familiares são as biológicas, de experiência de vida e em especial, a relação familiar.

*“Me falaram que quando ela tinha 5 anos de idade teve uma convulsão, e que depois dessa confusão ela demonstrou esse retardo mental, essa dificuldade de aprender [...]” (Entrevistado 2)*

*“[...] Desde criança ele apresenta essa limitação, veio de uma gravidez muito problemática e é hiperativo.” (Entrevistado 5)*

*“[...] Ele sofreu um acidente de moto, bateu a cabeça, parece que teve dois AVC, aí que foi aparecendo coisa [...].” (Entrevistado 11)*

Os familiares relacionaram questões biológicas como: problemas durante o período gestacional e doenças neurológicas que surgiram na infância ou após acidentes com o desencadeamento do transtorno mental.

Quanto à explicação orgânica, Spadini e Souza (2006) referem que muitas pessoas acreditam em uma causa biológica para a doença e não a associam a fatores psicossociais. De acordo com Kantorski et al. (2001), os familiares têm uma visão biológica, entendendo a doença como algo que atacou o organismo e perturbou as relações afetivas.

Para Azevedo e Gaudêncio (2007) isso ocorre porque os sujeitos situam-se teoricamente em afinidade com a teoria organicista ou biológica, segundo a qual a doença mental provém de problemas na constituição e no funcionamento cerebral.

Segundo Pimenta (2008), os familiares além de tentar achar uma resposta biológica, genética, também buscam uma explicação para o transtorno mental baseada naquilo que foi proporcionado ou deixado de ser proporcionado para a pessoa com transtorno mental.

Neste estudo a experiência de vida, em especial a relação familiar, são as causas mais apontadas pelos familiares para o desencadeamento da doença mental.

*“[...] ele sofreu muito na infância pela ausência da mãe, acho que a infância influencia muito no desenvolvimento da pessoa, então, o que ele passou pode ter contribuído com certeza, ele não viveu plenamente a infância dele porque até hoje ele brinca como se fosse criança.” (Entrevistado 4)*

*“[...] a vida de papai e mamãe era marcada por muitas brigas, não era uma vida de paz, quase se separaram e ele assistiu tudo aquilo e mexeu*

*muito com ele, que era o caçula, sei que com 15 anos explodiu, papai não se importou tratava ele como criança e protegeu demais”.*  
(Entrevistado 3)

No primeiro depoimento o familiar relaciona a ausência da mãe durante a infância como fator contribuinte para a doença mental do seu ente correlacionando com a percepção do comportamento infantil que este apresenta. Já no segundo depoimento, o ambiente familiar conturbado associado ao período da adolescência e ao comportamento negligente e superprotetor são percebidos como possível causa para o desencadear do transtorno mental.

Pimenta (2008) refere que a questão de uma formação da família que foge ao padrão da família nuclear, convencional, que a sociedade ainda vê de maneira preconceituosa, acaba influenciando os valores da família e dimensionando o sentimento de culpa que esta carrega, vivenciado diante da explicação para o aparecimento do transtorno mental.

Correlacionando com o autor pode-se assimilar esse processo com a questão da homossexualidade, que remete muitas vezes a formação de uma família diferente da convencional, e que nos dias atuais, ainda constitui-se como fonte de estigma e preconceito social. A família da pessoa homossexual geralmente sofre um grande impacto que pode ocasionar danos psicológicos, emocionais e sociais em seus componentes.

*“Começou a ficar assim por causa da minha irmã, porque ela virou sapatona, aí a família não aceita começaram os boatos e foi aí que ela ficou com depressão, com o nervosismo, ficou doente [...]”.*  
(Entrevistado 8)

Observa-se que para o familiar o aparecimento da doença mental em seu ente está relacionado à repercussão gerada após a descoberta da homossexualidade da irmã, devido a pressão social, a vergonha e a não aceitação familiar advindos.

Grande parte dos familiares relaciona o surgimento a um evento importante que precedeu o aparecimento da doença. Ao atribuir causas externas à doença mental, tais como: eventos estressantes, doença grave de um ente querido, contrariedade, esgotamento, a doença mental é vista como pertencente a uma pessoa que é parte integrante de um sistema social que a afeta. (BUDINI; CARDOSO, 2012)

*“[...] a gente acha que deve ter acontecido de um parto dela que deve ter a traumatizado” (Entrevistado 6)*

*“Eu creio que ela começou a usar drogas por causa do ex-companheiro dela, ele não prestava, era bandido, também usava drogas e batia nela, era agressivo e muito violento, foi uma experiência traumatizante pra ela. [...] acho que ela adoeceu também devido ao trauma de tudo que ela viveu do lado dele.” (Entrevistado 10)*

Observando as falas, é possível notar que os familiares relacionaram experiência de vida difíceis e traumatizantes com o surgimento da desordem mental de seu familiar. Na primeira, o familiar relaciona a experiência traumática durante um parto como fator desencadeante do transtorno mental, enquanto que o segundo familiar, atribui o relacionamento complicado e violento.

O que corrobora com o que Budini e Cardoso (2012) falaram, ao considerar causas externas ao surgimento da doença mental, entende-se que o indivíduo é visto como potencial influenciado pelo meio em que vive e pelas pessoas com que se relaciona.

Santos e Carrapato (2010), proferem que o adoecimento mental tem várias causas e determinações psicológicas, biológicas e sociais, sendo um reflexo da experiência do sujeito em sua relação com o ambiente social.

Observa-se com as falas que os familiares consideram eventos traumatizantes e relacionamentos como possíveis causas para o desenvolvimento da doença mental, ou seja, a experiência vivida pela pessoa acabou influenciando no processo de adoecimento mental.

### 5.2.2 Experiência com a doença mental

A seguinte categoria retrata a experiência dos familiares com a doença mental e a influência desta nas suas vidas. Ao analisar-se os depoimentos é possível identificar como a doença mental interfere na vida das pessoas da família que convivem com a pessoa com transtorno mental, assim como o impacto dela em suas vidas e as mudanças provocadas.

Segundo Baptista (2011), todo o sistema familiar estruturado é desarmado perante o adoecimento de um membro, pois surgem dúvida e insegurança, e a sobrecarga emocional aumenta perante o diagnóstico de transtorno mental.

De acordo com Pimenta (2008), frequentemente o transtorno mental surge como um evento imprevisto, que exerce impacto, produz efeito desestruturante na organização do grupo doméstico. Esse impacto se configura como algo medonho, e os desdobramentos vão variar de um grupo familiar a outro, em virtude de sua localização na estrutura social e de sua singularidade, de sua biografia particular.

*“Foi uma experiência difícil porque tu tem que mudar sua rotina inteira, tu não pode mais se programar, tipo, para fazer tal coisa no final de semana, porque tu não sabe se será possível, pois se ela não tiver bem, tu não tem como sair, não tem como deixar ela e nem levar ela contigo.” (Entrevistado 1)*

*“[...] foi muito difícil para meu marido e minha filha aceitarem, mas não tinha outro jeito porque os outros irmãos não quiseram ficar com ele. Foi muito traumatizante, muito difícil a adaptação dele, minha principalmente [...]” (Entrevistado 3)*

Segundo Pimenta (2008), diante do transtorno mental, os familiares sentem-se paralisados, fechados em um universo tenso, reduzido, espesso. Muitas vezes, sem informações qualificadas, sentem-se perdidos e isolados. Sem saber o que fazer, iniciam um processo de sofrimento.

Nas falas os entrevistados fica evidente essas situações, em ambas, a experiência com o transtorno mental foi considerada difícil, desde a aceitação à adaptação da nova realidade. Pimenta (2008) também afirma que a família é levada a mudar rotinas, costumes, valores com os quais até então estava acostumada a lidar. Do ponto de vista emocional, o estresse, as vivências de instabilidade e insegurança, os conflitos frequentes nas relações fazem parte do cotidiano dessas pessoas.

Para Baptista (2011) quando uma família se vê com uma pessoa adoecida mentalmente em seu seio, toda sua estrutura sofre um abalo, na medida em que terá que procurar novas formas de funcionamento, tendo em vista o cuidado especial que a doença acarreta.

A vida da família será sujeita a profundos reajustes, o que pode dificultar a aceitação da doença e do sofrimento que esta comporta para os envolvidos e, em

particular, para o doente (Moura et al., 2011). Juntamente com o impacto e as mudanças provocadas pelo convívio com a doença mental, a família acaba tendo que enfrentar algumas dificuldades. Entre elas estão: desunião familiar e sobrecarga principalmente para o cuidador, dificuldade na busca de tratamento e no manejo com o familiar doente, dificuldades financeiras, entre outras.

A forma como o familiar que cuida e sua família lidam com a pessoa em sofrimento mental, depende do contexto da convivência. A família procura agir de maneira a facilitar a sua adaptação à situação que está vivenciando, almejando estabelecer mecanismos para amenizar e/ou solucionar os problemas que emergem da relação família-pessoa em sofrimento mental, ou tenta ainda evitar situações que levem ao estresse e ao sofrimento dela própria (Reis, 2010).

*[...] Não quer ir na casa de nenhum dos outros irmãos, além de também não ser convidado, ele fica pedindo pra um e outro para passear, eles combinam mas não aparecem, ninguém lá em casa tem como leva-lo, ele fica chateado e eu que sofro as consequências.” (Entrevistado 3)*

*“Foi e está sendo difícil, corri muito para conseguir um tratamento para ela, [...] é questão de ter muita paciência, e eu não tenho muita, não vou mentir, ainda por ter um filho pequeno para cuidar, uma casa para arrumar, marido para dar atenção [...]” (Entrevistado 8)*

Segundo Mello (2008) quase sempre o convívio com o paciente psiquiátrico produz uma sobrecarga intensa que acaba por comprometer a saúde, vida social, relação com outros membros da família, lazer, disponibilidade financeira, rotina doméstica, desempenho profissional e escolar e inúmeros outros aspectos da vida dos familiares ou substitutos.

A família terá que conviver com situações como sentir medo e a angústia pela possibilidade de crise, não poder deixar o paciente sozinho, sofrer agressões verbais e físicas, lidar com as perdas materiais e ter de deslocar-se para a unidade de internação. Estas modificações causam sofrimento à família, principalmente no período adaptativo, devido à falta de preparo e orientação quanto ao transtorno mental e a assistência em saúde ao membro doente (BESSA; W Aidman, 2013).

Considerando o que os autores proferiram, é observável que os familiares em seus relatos evidenciaram a dificuldade em seguir o curso normal de sua rotina de vida após o adoecimento mental de seu ente, com o prejuízo em suas atividades

diárias e uma sobrecarga proveniente da nova realidade cujo foram forçados a lidar, muitas vezes o restante da família se afasta, ficando a responsabilidade e sobrecarga maior sobre o cuidador.

Conforme pontua Mello (2008) os familiares que se dedicam aos pacientes mais debilitados investem tempo e energia na busca de tratamento e nas negociações para que eles aceitem se tratar. A interação com os serviços de saúde mental também é uma fonte de sobrecarga, pois na maioria das vezes os contatos são vivenciados como uma experiência frustrante, confusa e humilhante.

Pimenta (2008), profere que o familiar mais “atingido” pelo comportamento do usuário é aquele que tem a tarefa de cuidar deste e, na maioria das vezes, é o único que visita a instituição psiquiátrica e que, de alguma forma, estará mais ativo no tratamento.

Nas duas falas, a sobrecarga do familiar é percebida e evidenciada, seja no manejo com o ente adoecido, em atender as suas demandas emocionais, orgânicas, terapêuticas como na busca pelo tratamento, ou em dar a este suporte e apoio diante da omissão do restante da família.

*“Há 4 meses atrás ele chegou mesmo a ir ao fundo do poço, não quis mais saber de família, passou 10 dias dormindo no Reviver e no mercado central no papelão e a família toda atrás. Ele nunca foi uma pessoa agressiva dentro de casa, mas cometia pequenos furtos, principalmente de amigos que ele pedia o celular emprestado para fazer uma ligação e sumia com o celular, isso num evento, numa festinha, isso aconteceu umas dez vezes, e aí eu paguei os dez celulares [...]” (Entrevistado 5)*

*“[...] Ele já tomava os remédios controlados, só que eu não tinha condição de comprar e ele acabava não tomando o remédio direito, então a maior dificuldade é com os medicamentos, que são caros e ele fica agressivo se ele não tomar direito.” (Entrevistado 11)*

Spadini e Souza (2006) apontam que dentre as principais dificuldades encontradas destacam-se o gasto financeiro, pois com o doente em casa muitas vezes o orçamento não atende as necessidades previstas. E também devido as medicações utilizadas pela pessoa com transtorno mental, por vezes de alto custo em relação a renda familiar.



Observa-se que além do gasto financeiro com as medicações, há casos em que o dano material está associado aos danos social e moral provocados pelo indivíduo acometido da desordem mental. Podendo os familiares deste sofrerem também com danos emocionais e psicológicos, através da insegurança, do medo e da preocupação com a segurança e integridade do indivíduo doente, do restante da família e/ou de terceiros.

Bessa e Waidman (2013) destacam que é preciso que os profissionais reconheçam as necessidades de cuidado à pessoa com transtorno mental e sua família na assistência em saúde mental pois a família precisa de apoio para servir de protagonista no cuidado, conforme preconiza o paradigma, caso contrário ela torna-se vulnerável ao adoecimento psíquico e físico.

A família para atuar de forma efetiva no tratamento de seu familiar precisa estar não só devidamente preparada para tal função, como também possuir o apoio e suportes necessários nos serviços de saúde para um melhor desempenho e prevenção em saúde.

### 5.2.3 Mecanismos de Enfrentamento

Folkman e Lazarus (1986) consideram que enfrentar um problema significa tentar superar o que lhe está causando estresse, podendo redirecionar o significado atribuído às dificuldades, orientar a vida do indivíduo e manter estáveis os estados físicos, psicológicos e sociais.

Os mecanismos de enfrentamento são esforços dirigidos para o manejo do estresse. Estes recursos são adotados pelas famílias em sua experiência com o transtorno mental e envolvem estratégias que ajudam a determinar o que pode ser feito, levando em conta a possibilidade de alcançar o resultado almejado ou mesmo a utilização de defesas que possibilitem mitigar o sofrimento (RANDEMARK; JORGE; QUEIROZ, 2004).

Diante desse conhecimento, essa categoria visa destacar os mecanismos de enfrentamento utilizados pelos familiares com bases em seus depoimentos, sendo os mais abordados: Fuga, Esquiva e Super proteção; Confronto e Ameaça; Aceitação de responsabilidades; Suporte social e Participação no tratamento; Autocontrole e Resiliência.

A maioria das pessoas não sabe como agir quando precisa lidar com comportamentos estranhos e bizarros. Os familiares ficam perdidos, paralisados quando alguém alucina, perde a razão. Não sabem se se confrontam, brigam ou colocam limites, devem se calar ou fingir aceitar a “realidade” do outro, tão estranha à vida habitual (PIMENTA; ROMAGNOLI, 2008).

Pompeo et al. (2016) relata em seu estudo que alguns familiares ao mesmo tempo em que têm consciência que podem auxiliar nas situações de cuidado com seu ente, demonstram também um sentimento e desejo de fuga na tentativa de se fazer com que o problema desapareça, não sendo capazes de superar o sofrimento, assumindo, assim, o papel de cuidadores.

De acordo com Pimenta e Romagnoli (2008) a doença mental continua sendo, com frequência, motivo de muita vergonha para os familiares, por mais que a concepção da loucura tenha sofrido mudanças.

*“Antes, há alguns anos atrás eu a escondia, não gostava, tinha vergonha das pessoas, medo das pessoas julgarem ela [...]”  
(Entrevistado 2)*

*“Tem pessoa que tem vergonha de assumir, eu tinha medo do preconceito, porque as pessoas não chamam de doença mental, dizem logo que é doido, ninguém gosta de ver alguém que ama ser chamado com essas palavras. Não gosto que as pessoas o tratem mal.” (Entrevistado 4)*

Analisando os discursos é notável que o comportamento de negação, fuga e esquivas estão relacionados com os sentimentos de vergonha e medo diante do preconceito e estigma social envolvidos a doença mental. Onde a família é vítima ao mesmo tempo que também contribui para a manutenção dos mesmos, uma vez que o preconceito e o estigma são provenientes de um desconhecimento acerca da temática, ainda existente e perpetuado nos dias atuais.

Segundo Pimenta (2008), diante dessas situações, alguns familiares mostram uma tendência para a superproteção e o hiperenvolvimento, intensificando exageradamente os conflitos e dificultando os acordos; pois, devido a presença do transtorno mental, a família, principalmente o cuidador da pessoa com transtorno mental, coloca o doente no lugar daquele que é incapaz. Adotando uma postura

infantilizada de cuidados, além de acreditar que o paciente não é capaz de responsabilizar-se pelos seus atos, escolhas e atitudes.

*“[...] Nossa mãe colocou ela tipo numa redoma: - Você não pode fazer isso, não pode fazer aquilo - ela limitou e protegeu demais a minha irmã e eu tinha isso também, na minha mente, achava que ela não tinha necessidade de ir a uma praia, numa piscina e nem de conversar, para mim ela não sentia falta disso.” (Entrevistado 2)*

É o que ocorre no depoimento acima, na percepção do familiar entrevistado, a mãe ao deparar-se com a doença mental da filha, optou como estratégia de enfrentamento a superproteção, o que acabou por influenciar percepção do mesmo, que passou a ver a irmã adoecida mentalmente como incapaz, dependente e frágil levando a agir de forma semelhante à mãe.

Uma outra forma de enfrentamento identificada de acordo com os depoimentos é o confronto.

Para Folkman e Lazarus (1995) o confronto é definido como uma forma agressiva que a pessoa escolhe para alterar uma situação, como por exemplo: a expressão de raiva e a falta de flexibilidade.

De acordo com Caqueo et al. (2014) isso pode ocorrer devido aos constantes períodos de crise e instabilidade decorrentes da doença, bem como momentos de sofrimento, incerteza quanto ao futuro, preocupações e dificuldades enfrentadas no âmbito social e financeiro.

*“[...] Depois de um tempo eu mudei de postura, em vez de demonstrar medo, passei a ser dura com ele, aí ele foi se acalmando, hoje a pessoa que ele mais respeita sou eu [...] criei isso em mim de ameaçar e punir ele para que ele se comporte, e também para superar meu medo e a minha insegurança. (Entrevistado 3)*

*“[...] Quando ela fica agressiva, eu ameaço levar ela para a Clínica Psiquiátrica, aí ela logo se comporta, começa a chorar e pedir pelo amor de Deus para que eu não a leve. Ela não usa mais droga, porque eu não deixo sair de casa sem ser comigo.” (Entrevistado 10)*

Observando os depoimentos percebe-se que os familiares geralmente utilizam o confronto e a ameaça como mecanismos de enfrentamento muitas vezes movidos por sentimentos como o desespero, o medo e a insegurança. Sentindo-se

ameaçados muitas vezes, temendo pela integridade própria, dos demais e do próprio familiar doente acabam optando por essa estratégia como forma de defesa.

Geralmente esses sentimentos e conseqüentemente, as ações advindas deles, são ocasionados pela falta de informação sobre o transtorno mental e ao preconceito e estigma social gerado por esse desconhecimento.

A família terá que conviver com situações como sentir medo e a angústia pela possibilidade de crise, não poder deixar o paciente sozinho, sofrer agressões verbais e físicas, lidar com as perdas materiais e ter de deslocar-se para a unidade de internação. Estas modificações causam sofrimento à família, principalmente no período adaptativo, devido à falta de preparo e orientação quanto ao transtorno mental e à assistência em saúde ao membro doente (BESSA; WAIDMAN, 2013).

Bessa e Waidman (2013) ainda atentam quanto a necessidade de conhecer a patologia (diagnóstico, causa, tratamento e prognóstico) e aprender sobre a abordagem de seu familiar em episódios de crises, pois a falta de orientação foi apresentada como uma realidade cotidiana difícil de ser enfrentada, principalmente no manejo da família em relação aos cuidados.

Sendo assim, é necessário que a família receba orientações e preparo para melhor lidar com a realidade que envolve o transtorno mental e seu tratamento, desenvolvendo mecanismos de enfrentamento que tenham resultados positivos e mais eficazes.

Nos dias de hoje, no que concerne à doença mental, a reintegração familiar dos doentes é incentivada quando a família consegue reconhecer a vulnerabilidade causada pela doença, isto é, o impacto que esta tem em todos os elementos do sistema familiar. Trata-se de um processo contínuo de aceitação da doença que permite normalizá-la e integrá-la nos aspectos familiares do cotidiano (EGGENBERGER et al., 2011).

*“[...] a gente passou a estudar e ler sobre transtorno mental depois que ela foi diagnosticada, hoje a gente procura entender, ver o que causa e o que pode melhorar ou não. [...]” (Entrevistado 1)*

A família se formou desprovida de conhecimento para lidar com o transtorno mental, mas, a partir do momento em que a doença passa a coabitar a

casa, é necessário que os membros da família sejam instruídos e acolhidos em sua singularidade para dar conta de suas responsabilidades (PIMENTA, 2008).

O familiar evidencia essa necessidade em seu depoimento acima, onde ao depara-se com o transtorno mental teve como reação a busca pelo conhecimento sobre o mesmo como forma de melhor enfrentá-lo.

Para Saraiva (2011) o apoio dispensado pelo familiar cuidador está dirigido a diversas questões da rotina diária, envolvendo alimentação, higiene pessoal e do lar, cuidado com a medicação, acompanhamento do paciente em consultas, ajuda na gestão financeira e na tomada de decisões.

*“Eu cuido dele em tudo, [...] faço ele ter atividades até o limite dele, coisas básicas, eu não boto ele para fazer agora coisas que eu sei que vai nos estressar. Então, ele vai à padaria comprar pão, ele é bom em matemática, fala português corretíssimo, [...]” (Entrevistado 7)*

*“[...] Em casa fico conversando com ele, evitando o isolamento dele, colocando ele para participar da rotina da família, ele gosta de visitar os irmãos e ele se dá muito bem com sobrinhos por exemplo, as crianças adoram ele.” (Entrevistado 9)*

Nas falas, observa-se a percepção do familiar diante da necessidade de assumir a responsabilidade para com o ente enfermo, desde o cuidado em suas necessidades físicas às emocionais, estimulando a sua independência, envolvimento na rotina familiar, evitando seu isolamento e incapacitação.

Algumas famílias são capazes de construir um modo peculiar de perceber e conviver com os problemas decorrentes da cronicidade do transtorno mental, o que lhes permite administrar seu mundo cotidiano, reduzindo em partes, os prejuízos que a convivência com essas adversidades possa trazer para os outros membros da família (DELGADO, 2002).

*“Ele não é mais tão agressivo, mas a gente confia desconfiando, tomamos cuidado com objetos como tesoura e faca, mas ele nunca ameaçou ninguém.” (Entrevistado 3)*

*“Ele tem uma boa família, bem estruturada, onde a gente procura conversar, orientar, mostrar muita coisa para ele, a gente mostra o lado bom, a gente mostra o lado ruim também que é o que a droga faz, mas acho que ele tem dificuldade de assimilar isso daí.” (Entrevistado 5)*

O que foi exposto por Delgado (2002) é observado nos depoimentos acima, pois familiares utilizaram como artifícios para prevenção e resolução de problemas relacionados ao convívio com pessoa com transtorno mental, a vigilância e o diálogo.

Schrank (2006) reforça que a convivência com a pessoa com transtorno mental pode acarretar ônus à família, mas defende que assumir a responsabilidade sobre o cuidado de seu familiar também pode ser positiva no sentido de intensificar as relações e tornar o familiar envolvido no cuidado como um parceiro da equipe de saúde, sendo facilitador nas ações de promoção da saúde mental e reinserção do indivíduo em sofrimento psíquico na sociedade.

Portanto a aceitação de responsabilidade pelo familiar da pessoa em sofrimento psíquico constitui-se como uma etapa necessária para efetivação e sucesso no tratamento e sua conseqüente melhoria e/ou estabilização.

Os familiares devem ser os responsáveis pela rotina do paciente, o que envolve a manutenção da medicação, saber como agir no momento de crise, incentivar a seguir o cronograma das atividades diárias, proporcionar suporte financeiro e social (ALABORA; DEMARCO; SILVA, 2017).

Segundo Santos (2014), a família também deve estar inserida no tratamento terapêutico de forma que possa-se atender as suas demandas e dificuldades e também como companheira na recuperação da identidade e no manejo com seu familiar em questão.

*“O que eu poderia fazer era agilizar em procurar um tratamento, em pedir ajuda. Aí foi isso que eu fiz né? E também eu apoio ela nesse tratamento, estímulo ela quando ela chegar em casa fazer alguma atividade, como varrer uma casa, lavar uma louça, lavar as roupinhas dela e cuidar dos filhos dela.” (Entrevistado 6)*

*“[...] Eu venho em todas as reuniões mensais, pergunto e me informo sobre o comportamento dele aqui, e relato o dele em casa, falo com a assistente social, pergunto o que tá acontecendo, como tá indo e aí continuo em casa, dando as medicações, incentivando ele a vir pro hospital dia. Se não acompanhar o tratamento dele do que adianta ele estar internado?” (Entrevistado 4)*

Os familiares acima, primeiro buscaram auxílio terapêutico, ou seja, suporte social e após o conseguirem passaram a acompanhá-lo. Ao participar do tratamento

referem a importância desse acompanhamento, tanto no apoio e estímulo ao familiar, quanto nas trocas com a instituição e os profissionais que efetuam a assistência.

A família constitui um espaço de acolhimento e apoio ao doente e quando é capaz de enfrentar a situação da doença, mostra-se flexível às mudanças no seu funcionamento, acionando a rede de suporte social e as suas próprias reservas físicas e psíquicas na busca da estabilidade. Auxiliando assim, na reabilitação do familiar enfermo, na sua permanência pelo maior tempo possível sem hospitalização e colabora na adesão ao tratamento (ELSEN, 1994).

Outros tipos de mecanismos de enfrentamento da doença mental identificados durante o estudo foram o autocontrole e a resiliência.

Para Folkman e Lazarus (1986), o autocontrole condiz com os esforços da pessoa para controlar os próprios sentimentos e ações diante de estímulos estressantes, e ao exercitar essa estratégia, é necessário que a pessoa perceba e compreenda suas próprias emoções, adquirindo assim a capacidade de administrar seu próprio comportamento.

*“[...] eu tento ter calma, mas, às vezes, eu discuto com ela, aí eu paro, tento relevar, entender que ela está doente e que não posso discutir.”  
(Entrevistado 8)*

*“Eu pedi para Jesus para me dar força, coragem e resignação para que eu conseguisse enfrentar e Graças a Deus eu aguentei eu consegui.” (Entrevistado 10)*

No primeiro depoimento, percebe-se que o familiar compreende que o seu sentimento de ira e impaciência o leva a discutir com o familiar enfermo, e após a reflexão e compreensão da realidade que vive, chega à conclusão de que o autocontrole se faz necessário e se esforça para desempenhá-lo.

Enquanto que no segundo depoimento, o familiar utiliza como estratégia de autocontrole e resiliência, a crença religiosa e a espiritualidade, a fim de enfrentar a realidade cujo foi inserido, relatando ter conseguido.

As estratégias com foco na religiosidade, utilizadas servem como um amortecedor dos eventos negativos, como elementos protetores do self, ajudando principalmente em situações de alta incontrollabilidade, servindo como elemento

facilitador da aceitação da falta de controle, e preservando o self dos impactos negativos do estresse (FORTES-BURGOS; NERI; CUPERTINO, 2008).

Segundo Walsh (2003), embora algumas famílias sejam perturbadas por crises ou estresses crônicos, muitas conseguem emergir mais fortes e desembaraçadas. A resiliência, ou seja, a capacidade para ultrapassar e evoluir através dos desafios da vida, tem-se tornado um conceito importante na temática da saúde mental.

A resiliência familiar foca-se no risco e potencial da família como uma unidade funcional que assenta no pressuposto de que as crises e adversidades persistentes têm um impacto em toda a família. Onde as fontes de estresse podem perturbar o funcionamento do sistema familiar, produzindo efeitos que se propagam por todos os elementos. No entanto, perante o surgimento de crises, algumas famílias conseguem reunir recursos que lhes permitem recuperar e crescer com a adversidade, tornando-se mais resilientes (WALSH, 2003).

Isto é observado no depoimento abaixo:

*“Eu ainda tenho medo, mas tento demonstrar que não, entendo que é devido a doença dele, e que geralmente eles se zangam com quem cuida deles. [...] acho que não adianta só a medicação, tem que ter os dois, a gente tenta compreender, suportá-lo e ver o que é melhor para ele.” (Entrevistado 12)*

Apesar do medo, o familiar desenvolve como mecanismo de enfrentamento, a tentativa de disfarçar este sentimento e de compreender que o comportamento de seu ente se deve a condição de doença em que ele se encontra.

Além também de compreender que somente a medicação não surtirá os efeitos necessários em seu tratamento, sendo crucial a sua compreensão, aceitação e adaptação diante da realidade vivenciada pelo seu ente.

É necessário considerar que a capacidade de ajustar-se à uma nova situação em razão de uma enfermidade crônica como o transtorno mental, depende das fortalezas que a família possui, dos laços de solidariedade que agrega e da possibilidade de acessar apoio de outras pessoas e instituições (BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008).



Os familiares, após o impacto da confirmação da doença mental de seu ente, tiveram um desgaste emocional e dificuldade para enfrentar a nova realidade, no entanto, com o decorrer do tempo, cada um a seu modo buscou adaptar-se utilizando-se de mecanismos diversos para o enfrentamento.

#### 5.2.4 Percepção frente ao tratamento e a importância para família

Nesta categoria, observou-se a forma como que a família enxerga e compreende a assistência recebida por seus entes adoecidos mentalmente e sua importância para a mesma.

Em um primeiro momento, ao expor suas percepções sobre o tratamento recebido por seus familiares, alguns entrevistados, buscaram narrar desde os primeiros tratamentos recebidos ao atual, comparando-os e ressaltando suas diferenças e resultados.

*“O tratamento aqui mesmo que ela começa com crise, passando o dia aqui, fazendo atividades, o carinho que é dado aqui para ela, ela volta para casa mais tranquila, ela continua tendo crise, mas é uma crise mais leve, a gente consegue conversar e tirar ela daquela crise, antigamente não, ela ficava na clínica fazendo tratamento, aí vinha em casa depois voltada de novo e ficava fazendo esse rodizio [...] e um dia após o outro ia só piorando, agravando.” (Entrevistado 1)*

O familiar evidencia em seu depoimento a ineficiência observada diante do tratamento em uma clínica psiquiátrica de longa permanência, relatando que o paciente vivia em um rodizio cansativo, onde mesmo após a alta era percebido um agravamento do quadro agudo da doença (crise), este que passou a ser mais “leve” e portanto melhor controlado após a assistência recebida no Hospital dia.

Bessa e Waidman (2013) inferem que muitas vezes, as famílias alegam a necessidade da internação prolongada, devido à dificuldade que encontram nos cuidados com a pessoa doente e à falta de preparo e de conhecimentos quanto ao manejo no momento da crise. Apesar desta necessidade apontada, a própria família reconhece que o familiar doente retorna para casa na mesma condição em que foi ou pior, ou seja, não vê resultados neste tipo de tratamento.

O modelo médico, centrado na atenuação dos sintomas do paciente, não deixa muito espaço para ensinar à família como lidar com esta situação inesperada. Existem, portanto, dificuldades no entendimento da doença mental por parte da família que, frequentemente, não compreende a doença, a sintomatologia e as mudanças de comportamento do sujeito, nem mesmo o seu sofrimento (MOURA et al., 2011).

O hospital cria um mundo para recepção do indivíduo, um mundo que promove a exclusão e a fragilização dos vínculos familiares e sociais, onde o sujeito atendido é retirado de seu meio, permanecendo, às vezes, por longos períodos internado (MARCOLAN; CASTRO, 2013).

A palavra de ordem nessa concepção é a normatização do indivíduo atendido. “Esse é, portanto, um sistema de ação que intervém em relação a um problema dado (a doença) para perseguir uma solução racional, tendencialmente ótima (a cura)” (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001 apud MARCOLAN; CASTRO, 2013).

A instituição psiquiátrica atuava de forma a moldar e controlar os comportamentos, usando como meios a vigilância, a disciplina e a violência institucional, o que pressupunha tratar os indivíduos como insanos, irrecuperáveis e irresponsáveis (AMARANTE, 2007).

Algumas instituições de saúde ainda realizam internações psiquiátricas em que o usuário do serviço é aquele que não tem voz na participação ativa de seu tratamento, que observa e espera o fim do tratamento em um hospital que é visto como local de violência (FURLAN; RIBEIRO, 2011; MALAMUT; MODENA, 2011).

Borba (2010), refere que em seu estudo, acerca da internação hospitalar, os familiares mencionaram que as pessoas internadas, permaneciam sujas, descalças, nuas, ou com roupas que não eram suas, mesmo que a família tenha disponibilizado o vestuário, a questão da superlotação dos hospitais psiquiátricos, presença de janelas com grades, perda da identidade, da cidadania, do poder de escolha e a presença de maus-tratos, além de discorrerem sobre o uso de terapêuticas questionáveis como a contenção física, eletroconvulsoterapia, etc.

O que pode-se observar nos seguintes depoimentos:

*“Quando estava na clínica ele tomava choque, só vivia em crise nas clínicas, quando vinha para casa não melhorava e logo surtava, era um horror ele saia de lá chorando.” (Entrevistado 2)*

*“[...] O hospital dia é um lugar mais tranquilo do que na clínica, lá ele tava com muitos outros pacientes agitados junto com ele quando chegava lá, ele tava chorando, com medo e queria vir embora.” (Entrevistado 9)*

*“Antes daqui ela estava na clínica, [...] eles me entregaram ela, eu não estava nem reconhecendo ela só de magra e suja, parecia que ela não tinha comido [...] Ela chegou aqui lerdinha e depois de um tempo ela [...] engordou a aparência melhorou, ficou com outro ânimo.” (Entrevistado 10)*

Analisando-se os discursos, é evidente que para a família o hospital psiquiátrico é percebido como um local obscuro, com práticas consideradas negativas, e a experiência da internação é percebida como traumatizante e difícil para eles mas principalmente para os seus familiares internados.

O tratamento foi visto como ineficaz, não resolutivo e que devido a algumas diferenças o Hospital dia, mostrou-se como uma alternativa melhor de assistência.

Randemark et al. (2004) em seu estudo visualizou que o hospital é visto pelos familiares como uma necessidade em razão da inabilidade destes em administrar os conflitos decorrentes das tensões geradas pela experiência com o transtorno mental, utilizando-se da internação no mesmo como forma de conseguirem alívio temporário.

Ao mesmo tempo em que o manicômio era percebido como lugar de exclusão, conforme a compreensão de que estas instituições se destinam aos loucos, desempregados, aposentados, velhos, aleijados e criminosos. É um cativado, pois mantém os pacientes presos, fora do convívio social (RANDEMARK; JORGE; QUEIROZ, 2004).

O tratamento foi definido como desumano, porque destituía o sujeito de seus direitos, de sua liberdade, tratando-o com preconceito, tendo como função a segregação de todas as pessoas cujos comportamentos fogem às regras (RANDEMARK; JORGE; QUEIROZ, 2004).

A internação representa para a família o distanciamento do paciente e seu isolamento. Os pacientes são tratados, nas instituições, com desprezo, além de permanecerem alijados dos meios sociais de

produção. Embora seja uma forma de tratamento, esta impõe sofrimento para os pacientes e familiares, ainda que representem um alívio para algumas famílias (RANDEMARK; JORGE; QUEIROZ, 2004).

Muitas famílias devido à falta de suporte social nas políticas públicas em saúde mental, acabam optando por internar seus entes em sofrimento psíquico em Hospitais Psiquiátricos de longa permanência, como forma de obterem um auxílio mesmo que não ideal, em momentos que não conseguem mais lidar sozinhos.

Para Bessa e Waidman (2013) as doenças psiquiátricas são caracterizadas por sua cronicidade, onde viver em um ambiente fechado por longos períodos não pode ser considerado uma alternativa de saúde mental; no entanto, muitas famílias desconhecem outras formas de tratamento e acompanhamento que proporcionam melhor prognóstico à doença do seu familiar.

*“Aqui eu tô achando bem melhor, ela já fala que a mente dela já está um pouco mais no lugar, e os tratamentos anteriores que ela teve era só remédio, sem acompanhamento nenhum, tava tomando remédio fora do horário, nessa de tomar fora do horário nunca dá certo [...]”  
(Entrevistado 8)*

Acima nota-se que o familiar percebeu que a melhora de seu ente é proveniente de um acompanhamento adequado não somente focado na medicalização.

Em relação ao tratamento farmacológico, Borba (2010), pondera que apesar de este facilitar a estabilização dos sintomas psiquiátricos e diminuir a necessidade de recorrer a internação em regime integral, não deve ser utilizado de forma isolada, e sim associado a outras terapêuticas disponíveis, permitindo a pessoa expressar-se e conquistar o maior nível de autonomia possível.

A medicação portanto, constitui-se como uma aliada a outras formas de tratamento, que atuando adequadamente em conjunto, possibilitam o sucesso no processo de desinstitucionalização do doente mental.

Quando questionados sobre como percebem o tratamento atual e a que se deve essa percepção. Os familiares demonstraram perceber o tratamento como sendo

eficaz por sobretudo estimular o paciente através de atividades, além de dar enfoque a importância de uma assistência prestada por uma equipe multiprofissional engajada.

*[...] Acho que a razão da eficiência no tratamento é devido as atividades, a equipe que se tem é muito boa, com psicólogo, enfermeiro, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psiquiatra, é um grupo de atividades que se faz que contribui para a melhoria do paciente, ele se sente amado, querido, útil, porque ele tem que fazer atividade, ele não está em casa o dia todinho deitado, vendo televisão ou pensando besteira, ele está produzindo [...]" (Entrevistado 1)*

*"Aqui a gente participa mais do tratamento, compreende melhor o transtorno mental [...] e além da medicação, eles têm orientação, tem trabalhos manuais e atividades recreativas." (Entrevistado 12)*

Segundo Borba (2010), dentre os aspectos positivos em determinadas instituições explicitados pelos familiares, estavam o de participarem de atividades como: oficinas terapêuticas, psicoterapias, atividades relacionadas ao cotidiano do lar, atividades esportivas e momentos de lazer.

Segundo os familiares, ao desempenhar seu papel, a equipe do hospital-dia supre as necessidades das famílias por intermédio de algumas atividades como: manter o paciente ocupado; fornecer auxílio básico de modo a facilitar o acesso dele à instituição e a manutenção do tratamento; fornecer modalidades terapêuticas diversificadas, com opções de lazer e integração com outros indivíduos e com famílias que sofrem do mesmo problema, bem como incentivar a participação da família no processo de tratamento, fomentando o vínculo afetivo da equipe como sistema familiar (RANDEMARK; JORGE; QUEIROZ, 2004).

De acordo com Bessa e Waidman (2013) é necessário que os serviços substitutivos auxiliem as famílias, prestem-se a uma escuta atenta às suas dificuldades e dúvidas em relação ao enfrentamento do adoecimento de seu familiar e as ajudem a promover as mudanças necessárias que surgem na convivência com a comunidade onde a pessoa está inserida.

*"[...] Acho aqui eles mais atenciosos, com bastante conversa, eles entendem o paciente e a sua necessidade, eles tratam de maneira eficiente porque vão logo no foco do que o paciente está precisando." (Entrevistado 2)*

*"Aqui a gente participa mais do tratamento, compreende melhor o transtorno mental [...] e além da medicação, eles têm orientação, tem trabalhos manuais e atividades recreativas." (Entrevistado 12)*

Observa-se com os depoimentos, uma percepção voltada a compreensão da importância de uma maior participação familiar no tratamento, em conjunto com uma melhor entendimento e manejo da doença, terapêutica medicamentosa associada a orientação sobre os cuidados com a pessoa enferma.

Os familiares percebem ainda o fato de que no Hospital dia a assistência é direcionada ao foco dos problemas relacionados à doença mental, buscando a resolutividade, a medida que demonstram entender as necessidades da família e do paciente e buscando atendê-las.

Para tornar adequada e saudável a convivência da família com a pessoa com transtorno mental é necessário um serviço especializado que a apoie, esclareça suas dúvidas e a oriente em suas dificuldades (WAIDMAN; ELSSEN; MARCON, 2006).

Se houver preparação da família e da comunidade para o acolhimento da pessoa com transtorno mental ao retornar da instituição psiquiátrica, é possível que essa pessoa e sua família conduzam suas vidas com qualidade e sem o comprometimento da saúde mental de ninguém (WAIDMAN; ELSSEN; MARCON, 2006).

Além da inclusão da pessoa com transtorno mental nos serviços comunitários, é preciso vínculo entre ela, sua família e o profissional que oferece assistência nos serviços, pois assim se estabelece uma relação de confiança no cuidado, e a família consegue expressar suas necessidades, ou seja, recebe uma escuta que abrange o trabalho baseado nos pressupostos do cuidado integral e humanizado à saúde mental. É preciso que os profissionais reconheçam as necessidades de cuidado à pessoa com transtorno mental e sua família na assistência em saúde mental e uma sistematização nos serviços pois a família precisa de apoio para servir de protagonista no cuidado, conforme preconiza o paradigma, caso contrário ela torna-se vulnerável ao adoecimento psíquico e físico (BESSA; WAIDMAN, 2013).

A família quando acolhida é revigorada, não se sente abandonada é fortalecida favorecendo um convívio com seu familiar mais próximo e constante e a sociedade necessita de esclarecimento sobre quem e, o que é e como lidar com o sofridor psíquico para assim vencer seus próprios pré-conceitos (SANTOS, 2014).

Com base na análise dos depoimentos acerca do tratamento dispensando no Hospital dia, esta instituição mostra-se ser a que melhor atende às expectativas dos familiares. Devido a vários fatores aqui já explicitados mas que Randemark et al

(2004) enumerou como a “valorização do paciente por parte da equipe terapêutica, traduzindo na forma igualitária como são tratados, o incentivo à liberdade de expressão e exercício da autonomia e as relações pautadas no respeito, confiança e valorização das potencialidades.”

No que confere a percepção dos familiares diante dos efeitos resultantes da assistência no Hospital Dia, percebe-se diante da análise das falas, uma melhora evidente no convívio familiar, houveram efeitos positivos sobre o relacionamento da família com o paciente e a forma com que essa o enxerga, além de uma melhoria do manejo desta com o mesmo, elevação/recuperação da autoestima, autoconceito, conquista de mais autonomia da pessoa com transtorno mental e otimização do seu comportamento intra e interpessoal.

*“A relação da família com ele melhorou porque ele está mais calmo, alegre, se sente mais feliz, antes ele nem queria mais se arrumar, não tomava banho, depois do tratamento ele se arruma mais, tá querendo até roupa nova, a autoestima dele tá melhorando.” (Entrevistado 4)*

*“O meu relacionamento com ela melhorou, eu já vejo ela de uma forma que ela é capaz de fazer as coisas dela, ela é mais independente.” (Entrevistado 2)*

*“Depois que ela começou a fazer o tratamento aqui, ela gostou, para mim ela melhorou, já está fazendo as coisinhas dentro de casa e cuidando dos filhos dela e está mais calma, hoje ela fala menos, ficou bem mais tranquila [...]” (Entrevistado 6)*

Borba (2010) em seu estudo identificou que a convivência da família com a pessoa em sofrimento psíquico melhorou no momento em que esta engajou-se em participar do tratamento, pois passaram a receber orientações e esclarecimentos sobre a doença, a partir daí houve uma aceitação e entendimento sobre o comportamento e maneira de ser do integrante familiar com transtorno mental.

## 6 CONCLUSÃO

Verificou-se neste estudo em relação a percepção dos familiares diante do transtorno mental e seu tratamento em Hospital Dia, a presença de um desconhecimento inicial sobre o transtorno mental. Algumas famílias com base na convivência, construíram uma percepção sobre transtorno mental, buscando identificar as suas possíveis causas, sendo as mais apontadas as de natureza biológica, devido a experiência de vida e relacionamentos, sobretudo, no seio familiar.

Em relação a experiência com a doença mental, os familiares a perceberam como muito difícil, desgastante e traumática para os envolvidos com a pessoa adoecida e com impacto potencialmente desestruturante e nocivo.

Na visão dos familiares a rotina e dinâmica familiar foi abalada, ocorrendo muitas mudanças e surgindo algumas dificuldades, cujas mais apontadas foram: a dificuldade financeira; dificuldade no cuidado com o indivíduo com a doença mental; dificuldade na busca e manutenção do tratamento; negligência e omissão do restante da família e a sobrecarga resultante, principalmente para o que se torna o responsável pelo doente.

Para adaptarem-se a difícil realidade e combaterem essas dificuldades os familiares expuseram o uso de diversos mecanismos de enfrentamento, sendo eles: a fuga, a esquivas, a superproteção; o confronto e a ameaça; a aceitação de responsabilidades; busca por suporte social e a participação no tratamento; o autocontrole e a resiliência.

O tratamento dispensado pelo Hospital dia foi compreendido como positivo, visto que foi percebido como de qualidade e resolutivo, em relação à tratamentos anteriores, em especial, as instituições de longa permanência.

Como limitações do estudo, ressalta-se a dificuldade do acesso aos familiares devido a sua disponibilidade geralmente reduzida para participar da pesquisa.

Destaca-se a importância de um tratamento humanizado em saúde mental, que promova mais ações de educação em saúde à sociedade, visando diminuir o estigma e o preconceito ainda existentes, e que busque compreender os familiares de pessoas com transtornos mentais, a fim de envolvê-los na assistência, dando a estes



o suporte necessário para que lidem melhor com a doença de seu familiar, contribuindo para o sucesso no tratamento e melhoria do convívio familiar.

## 7 REFERÊNCIAS

1. ALABORA, L. A. C.; DEMARCO, T. T.; SILVA, N. O. F. da. Transtornos Mentais e Inserção Social. Anuário de Pesquisa e Extensão Unoesc Videira, 2017. Disponível em: <<https://editora.unoesc.edu.br/index.php/apeuv/article/download/13816/7299>> Acesso em: 15/12/2017.
2. ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. Interface, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 299-316, jul./dez. 2006.
3. AMARANTE, P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: 2 ed; Editora Fiocruz, 1998.
4. AMARANTE, P. Saúde mental políticas e instituições: programa de educação à distância. Rio de Janeiro. FIOTEC/FIOCRUZ. 2003, 73p.
5. AMARANTE, P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. 120 p.
6. ARAÚJO, M. R. G.; LOYOLA, M. A. Promoção da Saúde Mental - Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Montes Claros, MG: IFNMG / Rede e-Tec Brasil, 1º Ed., 151 p.: il. 2014. Disponível em: <<http://ead.ifnmg.edu.br/uploads/documentos/ncXnxcstz4.pdf>> Acesso em: 18/12/2017.
7. ARBOLEDA-FLÓREZ, J. Stigmatization and human rights violations. World Health Organization, Mental Health: A Call for Action by World Health Ministers. Genebra, WHO: 57-70, 2001.
8. AZEVEDO. D. M.; GAUDÊNCIO, M. M. P. A esquizofrenia sob ótica familiar: discurso dos cuidadores. Rev Nursing. p. 366-371. 2007.
9. BAPTISTA, A. P. A integração do portador de transtorno mental na família. 2011. 86f. Monografia (Licenciatura). Universidade Jean Piaget de Cabo Verde. Santiago. Disponível em: <<http://bdigital.unipiaget.cv:8080/jspui/bitstream/10964/284/1/Ana%20Baptista.pdf>>. Acesso em: 30/11/2017.
10. BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.

11. BASAGLIA, F. A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. Tradução de: JAHN, H. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
12. BESSA, J. B.; WAIDMAN, M. A. P. Família da pessoa com transtorno mental e suas Necessidades na assistência psiquiátrica. *Texto Contexto Enferm.* 2013; 22(1):61-70. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/08.pdf>> Acesso em: 15/12/2017.
13. BORBA, L. de O. Vivência familiar de tratamento da pessoa com transtorno mental em face da reforma psiquiátrica. 183fls. (Dissertação) Mestrado em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.
14. BORBA, L. de O.; SCHWARTZ, E.; KANTORSKI, L. P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 588-94, 2008.
15. BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Conceitos. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadore\\_sminimos/conceitos.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadore_sminimos/conceitos.shtm)>. Acesso em: 21/10/2017.
16. BUDINI, C. R.; CARDOSO, C. Concepções de doença mental por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. *Perspectiva*, Erechim. v.36, n.136, p.143-154, dezembro/2012. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/294134057/CONCEPCOES-DE-DOENCA-MENTAL>> Acesso em: 12/12/2017.
17. CAQUEO, U. A.; MIRANDA, C. C.; LEMOS, G. S.; LEE, M. S. L.; RAMÍREZ P. M.; MASCAYANO, T. F. Uma revisão atualizada da carga sobre cuidadores de pacientes com esquizofrenia. *Psicothema*. 2014;26(2):235-43.
18. CARVALHO, M. do C. B. de. O lugar da família na política social. In: CARVALHO, M. do C. B. de. (Org.). et al. *A família contemporânea em debate*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2003. p. 15-22.
19. CERVENY, C. M. O. *A família como modelo: desconstruindo a patologia*. Campinas (SP): Editorial Psy II; 1994.
20. COLVERO, L. de A. et. al. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 2, n. 38, p.197-205, 2004.

21. DELGADO, J. A. A Família vivenciando situações de saúde-doença: um conhecimento em construção. In: ELSESEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. (Org.). O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. 2. ed. Maringá, 2002. p. 443-456.
22. DIMENSTEIN, M. A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. *Psicol. cienc. prof.* [online]. 2004, vol.24, n.4, pp. 112-117. ISSN 1414-9893. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v24n4/v24n4a13.pdf>>. Acesso em: 29/11/17.
23. DIMENSTEIN M.; SALES A. L.; GALVÃO E.; SEVERO A. K. Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. *Physis* [Internet]. 2010; 20(4):1209-26. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312010000400008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)> Acesso em: 29/11/17.
24. EGGENBERGER, S. K.; MEIERS, S. J.; KRUMWIEDE, N.; BLIESMER, M.; EARLE, P. (2011). Reintegration within families in the context of chronic illness: a family health promoting process. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 283-292.doi: 10.1111/j.1752-9824.2011.01101.x
25. ELSESEN, I. Saúde familiar: trajetória de um grupo. In: ELSESEN, I.; et al. (Org.). Marco para prática de enfermagem com famílias. Florianópolis: Editora da UFCS, 1994. P. 20-60.
26. ELSESEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSESEN, I.; MARCON, S. S.; SANTOS, M.R. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: Eduem, 2002, p. 11-24.
27. ESPINOSA, A. M. F. Guias Práticos de Enfermagem: Psiquiatria. Rio de Janeiro, 2002.
28. ESTANISLAU, G; BRESSAN, R. A (orgs.). Saúde mental na escola: o que os educadores devem saber. Porto Alegre: Artmed, 2014.
29. ESTEVAM, M. C.; MARCON, S. S; ANTONIO, M. M.; MUNARI, D. B.; WAIDMAN, M. A. P. Convivendo com transtorno mental: perspectiva de familiares sobre atenção básica. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(3):679-86. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000300019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300019) > Acesso em: 12/12/2017

30. FRANCELINO, P. M.; CATANIO, P. A. G.; CHAGAS, M. I. O.; FREITAS, C. A. S. L. Sofrimento psíquico e contexto familiar: uma análise das possibilidades do cuidado. ANAIS do V Encontro de Pesquisa e Extensão da Faculdade Luciano Feijão. Sobral - CE, novembro de 2012. Disponível em: <[http://www.faculdade.flucianofeijao.com.br/site\\_novo/anais/servico/pdfs/Artigos\\_completos/Psi/Sofrimento.pdf](http://www.faculdade.flucianofeijao.com.br/site_novo/anais/servico/pdfs/Artigos_completos/Psi/Sofrimento.pdf)> Acesso em: 12/12/2017.
31. FOLKMAN S.; LAZURUS, R. S. If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *J Pers Soc Psychol.* 1985;48(1):150-70.
32. FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. S.; DUNKEL-SCHETTER, C.; DELONGIS, A.; GRUEN, R. J. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal coping, and encounter outcomes. *J Pers Soc Psychol.* 1986; 50(5):992-1003.
33. FORTES-BURGOS A. C. G.; NERI A. L.; CUPERTINO A. P. F. B. Eventos Estressantes, Estratégias de Enfrentamento, Auto-Eficácia e Sintomas Depressivos entre Idosos Residentes na Comunidade . *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21, 74–82. 2008. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/188/18821110/>> Acesso em: 19/12/2017.
34. FURLAN, M. M.; RIBEIRO, C. R. O. Abordagem existencial do cuidar em enfermagem psiquiátrica hospitalar. *Ver Esc Enferm. USP.* 2011; 45 (2): 390-396.
35. GRANDI, A. L.; WAIDMAN, M. A. P. Convivência e rotina da família atendida em caps. *Ciênc.cuid.saúde*;10(4):763-772, out.-dez.2011.
36. HIRATA, E. S.; FERREIRA, M. P. Transtornos mentais orgânicos agudos e crônicos. IN: LOUZÃ, N. M. R.; MOTTA, T.; WANG Y.; ELKIS, H. (organizadores). *Psiquiatria básica.* Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1995. p.67-92.
37. JORGE, M. S. B. et al. Reabilitação psicossocial: visão da equipe de saúde mental. *Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília*, v. 59, n. 6, p. 734-9, nov./dez. 2006.
38. JORGE, M. S. B.; et al. Representações sociais das famílias e dos usuários sobre participação no tratamento de pessoas com transtorno mental. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo*, v. 42, n. 1, p. 135-42, 2008.

39. KANTORSKI, L.P.; PINHO, L. B.; MACHADO, A.T. Do medo da loucura à falta de continuidade ao tratamento em saúde mental. *Texto & Contexto Enferm.* 2001;1(1):50-9.
40. LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. *Interface, Botucatu*, v. 10, n. 20, p. 281-298, jul./dez. 2006.
41. MACHADO, K. Como anda a reforma psiquiátrica? In: RADIS (Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde) n.38. Out./2005: p. 11-19.
42. MALAMUT, B. S.; MODENA, C. M. Violência e poder no discurso psiquiátrico: da exclusão sistemática às subjetivações normativas. *Psicologia & Sociedade.* 2011; 23:53-62.
43. MARCOLAN, J. F.; CASTRO, R. C. B. R. *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: desafios e possibilidades do novo contexto do cuidar.* Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
44. MELLO, J. H. R. (psiquiatra). *Esquizofrenia: sobrecarga do cuidador*, 2008, disponível em: <[http://www.hospitaldepsiquiatria.com.br/menu\\_03/artigos/art\\_006.htm](http://www.hospitaldepsiquiatria.com.br/menu_03/artigos/art_006.htm)> Acesso em: 12/11/2017.
45. MELMAN J. *Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares.* 2a ed. São Paulo: Escrituras; 2006.
46. MINAYO, M.C.S.(Org) *Pesquisa Social; Teoria Método e Criatividade.* 29ª Ed. Petrópolis: Vozes, 2010.
47. MIOTO, R. C. T. A família como referência nas políticas públicas: dilemas e tendências. In Trad LAB organizadora. *Família Contemporânea e Saúde: significados, práticas e políticas públicas.* Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ;. p. 51-66, 2010.
48. MORASKI, T. R.; HILDEBRANDT, L. M. A experiência da agudização dos sintomas psicóticos: percepção de familiares. *Scientia Medica, Porto Alegre*, v.15, n. 4, p. 213-219, out./dez. 2005.

49. MORENO, V.; ALENCASTRE, M. B. A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo*, v. 37, n. 2, p. 43-50, 2003.
50. MOURA, A. C.; ALMEIDA, C. H.; DAL POZZO, V. C. O impacto causado pela doença mental na família. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 6(1), 40-47. 2011
51. NOGUEIRA, M. S. L.; COSTA, L. F. A. Política de saúde mental e o cuidado familiar: convivendo com a diferença, Fortaleza, 2011.
52. Organização Mundial de Saúde, Organização Pan- Americana de Saúde. Relatório sobre a Saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Geneva: OMS; 2001.
53. PEREIRA, M. O. Representação da doença mental pela família do paciente. *Interface - Comunic Saúde Educ.* 2003;7(12): 71-82.
54. PIMENTA, E. de S. A relação das famílias no tratamento dos portadores de transtorno mental realizado no centro de atenção psicossocial: uma perspectiva institucionalista. Programa de Pós Graduação em Psicologia - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUCMINAS). Dissertação (Mestrado) – Belo Horizonte, 2008.
55. PIMENTA, E. de S.; ROMAGNOLI, R. C. A relação com as famílias no tratamento dos portadores de transtorno mental realizado no Centro de Atenção Psicossocial. *Pesquisas e Práticas Psicossociais* 3(1), São João del-Rei, Ag. 2008. Disponível em: < [https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapip/volume3\\_n1/pdf/Pimenta\\_Romagnoli.pdf](https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapip/volume3_n1/pdf/Pimenta_Romagnoli.pdf)> Acesso em: 20/06/2017.
56. POMPEO, D. A.; CARVALHO, A. de; OLIVE, A. M.; SOUZA, M. da G. G.; GALERA, S. A. F. Estratégias de enfrentamento de familiares de pacientes com transtornos mentais. 2016. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2016;24:e2799. Disponível em: < [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt\\_0104-1169-rlae-24-02799.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02799.pdf) > Acesso em: 21/12/2017.
57. RODRIGUES, L. R. "Só quem sabe da doença dele é Deus" - O significado da doença mental no contexto cultural. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2001.

58. RANDEMARK, N. F. R., JORGE, M. S. B., QUEIROZ, M. V. O. A reforma psiquiátrica no olhar das famílias. *Texto Contexto Enferm* 2004 Out-Dez; 13(4):543-50.
59. REIS, H. F. T. Famílias de pessoas em sofrimento mental: um olhar fenomenológico sobre as relações de convivência. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação Enfermagem e Saúde - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – Jequié, 2010.
60. ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização. São Paulo, Hucitec, 2001.
61. SANTIN, G.; KLAFKE, T. E. A família e o cuidado em saúde mental. Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC - Barbarói, Santa Cruz do Sul, n. 34, jan/jul. 2011.
62. SANTOS, T.; CARRAPATO, J. A importância da família na qualidade de vida das pessoas com doença mental. *Etic - Encontro de Iniciação Científica* - ISSN 21-76-8498, América do Norte, 5 3 08 2010. Disponível em: <<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/%20ETIC/article/viewFile/2195/2343>> Acesso em: 15/12/2017.
63. SANTOS, S. S. dos. Influência familiar no tratamento terapêutico de paciente portador de transtorno mental. Monografia. Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem - Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal De Santa Catarina. Florianópolis, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/168583/Solange%20Souza%20dos%20Santos%20-%20PSICO%20-%20TCC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em: 20/12/2017.
64. SARAIVA, D. M. F. O olhar dos e pelos cuidadores: Os impactos de cuidar e a importância do apoio ao cuidador. Tese de mestrado em intervenção social, inovação e empreendedorismo. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação e Faculdade de Economia. Portugal, 2011. Disponível em: <[https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/17858/1/TESE\\_MISIE\\_SET2011.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/17858/1/TESE_MISIE_SET2011.pdf)> Acesso em 21/12/2017.
65. SARTI, C. A. Família e individualidade: um problema moderno. In: CARVALHO, M. do C. B. de. (Org.). et al. A família contemporânea em debate. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2003. p. 39-49.



66. SCHRANK, G. O centro de atenção psicossocial e a inserção da família. 113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.
67. SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O centro de atenção psicossocial e as estratégias para a inserção da família. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 41, n.1, p. 127-34, 2008.
68. SILVA, K. V. L. G.; MONTEIRO, A.R.M..A família em saúde mental: subsídios para o cuidado clínico de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 45 (5):1237-42, 2011.
69. SILVERMAN, D. Interpretação de dados qualitativos: métodos para análise de entrevistas, textos e interações. Trad. Magda França Lopes. Por Alegre: Artmed, 2009.
70. SPADINI, L. S.; SOUZA, M. C. B. M. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. Rev Esc Enferm USP 2006; 40(1): 123-7.
71. SOUZA, Â. C. de; VIEIRA, G. B. A influência dos estigmas da loucura na sociedade. Universidade Federal Fluminense – UFF, 2009. Disponível em: <[http://www.abeneventos.com.br/anais\\_61cben/files/02095.pdf](http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/02095.pdf)> Acesso em: 18/12/2017.
72. TOWNSEND, M. C. Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados na prática baseada em evidências. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
73. VASCONCELOS, E. M. Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 2ª Ed. São Paulo: Cortez, 2002.
74. VIANA, C. S.; ALMEIDA, A. C. Estigmas e Preconceitos Acerca da Pessoa com Transtorno Mental. Presidente Prudente – SP: Faculdades Integradas Antônio Eufrásio de Toledo, 2011.
75. VIETTA, E. P. Transtorno Mental e Preconceito. Ribeirão Preto:[S.n.], 2013. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psicoeduc/ed23/2013/02/21/transtorno-mental-epreconceito-2/>>. Acesso em: 22/05/2017.

76. VITALE, M. A. F. Socialização e família: uma análise intergeracional. In: CARVALHO, M. do C. B. de. (Org.). et al. A família contemporânea em debate. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2003. p. 89-96.
77. WAIDMAN M. A. P.; ELSEEN, I.; MARCON, S. S. Possibilidades e limites da teoria de Joyce Travelbee para a construção de uma metodologia de cuidado à família. Rev Eletr Enferm [online]. 8(2):282-91, 2006. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_2/v8n2a13.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a13.htm)> Acesso em: 18/12/2017.
78. WALSH, F. (2003). Family resilience: a framework for clinical practice. Family Process, 42(1), 1-18. doi: 10.1111/j.1545-5300.2003.00001.x
79. WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2005: Promoting mental health: concepts, emerging practice. Genebra: World Health Organization.

**ANEXO A – Parecer do Colegiado de Curso**

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CCBS – CURSO DE ENFERMAGEM

**PARECER DO COLEGIADO DE CURSO - PROJETO DE TCC**

1. **TÍTULO:** Olhar da família acerca do transtorno mental e seu tratamento em um Hospital Dia
2. **ALUNO(A):** Poliana Silva de Arruda
3. **ORIENTADOR(A):** Profa. Dra. Maria Teresa Martins Viveiros
4. **INTRODUÇÃO:** adequada, porém observar alguns parágrafos sem referências (como o terceiro parágrafo)
5. **JUSTIFICATIVA:** adequada
6. **OBJETIVOS:** adequados
7. **PROCESSO METODOLÓGICO:** adequada, porém classificar como um estudo analítico transversal (classificação epidemiológica) não é adequado, seria qualitativo como descrito. No item 5.3 não ficou claro o que seriam os indicadores, vão calcular indicadores?
8. **CRONOGRAMA:** adequado
9. **TERMO DE CONSENTIMENTO:** adequado
10. **NORMATIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA:** adequada
11. **CONCLUSÃO DO PARECER:** aprovado

São Luís, 21 de novembro de 2016.

Rosângela F. D. Batista  
Professor(a) Relator(a)

## ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética – CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** OLHAR DA FAMÍLIA DIANTE DO TRANSTORNO MENTAL E O TRATAMENTO EM HOSPITAL DIA

**Pesquisador:** Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 78787617.6.0000.5086

**Instituição Proponente:** Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.341.259

#### Apresentação do Projeto:

##### Introdução

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2005) reformulou o conceito de saúde mental, definindo-o como um estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe o seu próprio potencial, é capaz de lidar com o stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e de dar um contributo para a sua comunidade. A mesma defende que a saúde mental e o bem-estar são fundamentais para o desenvolvimento pessoal e interpessoal do ser humano, devendo a sua promoção, proteção e recuperação constituírem preocupações vitais dos indivíduos, comunidades e sociedades. A doença mental é caracterizada como respostas mal adaptativas aos estressores advindos do meio interno ou externo, evidenciadas por pensamentos, sentimentos e comportamentos incongruentes às normas locais e culturais, e que interferem com o desempenho de funções sociais, ocupacionais e/ou físicas do indivíduo (TOWSEND, 2014). Os transtornos mentais e de comportamento são uma série de distúrbios definidos pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde Correlatos (CID-10). Entendem-se como transtornos mentais e comportamentais as condições caracterizadas por alterações doentias de pensar ou do humor e do comportamento associadas à angústia expressiva ou deterioração do funcionamento psíquico global (OMS, 2001). Os transtornos mentais respondem por uma proporção elevada de todos os anos de vida com qualidade perdidos em função de uma deficiência ou transtorno, e a previsão é que esse ônus cresça significativamente no futuro. Embora os sintomas variem consideravelmente, tais

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227

**Bairro:** CENTRO

**CEP:** 65.020-070

**UF:** MA

**Município:** SAO LUIS

**Telefone:** (98)2109-1250

**E-mail:** cep@huufma.br





## UFMA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO

Continuação do Parecer: 2.341.259

transtornos geralmente se caracterizam por uma combinação de ideias, emoções, comportamento e relacionamentos anormais com outras pessoas. São exemplos a esquizofrenia, a depressão, o retardo mental e os transtornos devidos ao uso de substâncias psicoativas (OMS, 2001). Além do sofrimento óbvio devido aos transtornos mentais, existe um ônus oculto de estigma e discriminação enfrentado pelos portadores de transtornos mentais. Tanto em países de baixa como de alta renda, a estigmatização de pessoas com transtornos mentais tem persistido ao longo da história, manifestada por estereotipia, medo, assédio, raiva e rejeição ou evitação. Violações de direitos humanos e liberdades básicas e negação de direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais aos que sofrem de transtornos mentais são uma ocorrência comum em todo o mundo, tanto dentro de instituições como na comunidade. Além disso, eles enfrentam uma recusa injusta de oportunidades de emprego e discriminação no acesso aos serviços, seguro-saúde e políticas habitacionais. Grande parte disso continua sem registro e, com isso, esse ônus permanece sem quantificação. (Arboleda-Flórez, 2001). As instituições psiquiátricas e suas ações de sequestro e tutela se preocupavam em definir a doença, classificá-la e gerenciá-la, codificar normas e sintomas. A ciência afirmava que a pessoa com transtorno mental era produto de alteração essencialmente biológica, frente a qual nada se poderia fazer a não ser aceitar sua condição de anormalidade. Nessa perspectiva, as dimensões sociais, psicológicas e culturais da pessoa não eram consideradas e o diagnóstico assumia o valor de um rótulo. Porquanto a prática médica era centrada na definição da loucura, o que expunha a fragilidade de uma disciplina que limitou o transtorno mental, a uma objetivação, sem considerar os aspectos da subjetividade da existência humana. É a partir da realidade dos maus tratos, da violência e negação da cidadania e dignidade no cuidado e tratamento às pessoas com transtorno mental, que surgiu a crítica e a oposição à institucionalização e aos manicômios, pois não era possível tolerar que seres humanos continuassem expostos a esta realidade de condições desumanas, pelo fato de possuírem um transtorno mental (BASAGLIA, 1985). Historicamente a família foi excluída do tratamento dispensado às pessoas com transtorno mental e, dentre os vários motivos estão, o impedimento de acompanhamento contínuo do seu familiar devido à distância em que os hospitais foram construídos das metrópoles, bem como por ser considerada a causadora da doença. Restava-lhe o papel de encaminhar seu familiar à instituição psiquiátrica para que os técnicos do saber se incumbissem do tratamento e da cura (MORENO; ALENCASTRE, 2003). O movimento da reforma psiquiátrica brasileira visa à desconstrução do manicômio, no que diz respeito às estruturas físicas, aos mitos e às formas arcaicas de fazer e de pensar centradas no hospital moderno medicalizado. O modelo de atenção emergente, o psicossocial, adota como política a construção

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227

**Bairro:** CENTRO

**CEP:** 65.020-070

**UF:** MA

**Município:** SAO LUIS

**Telefone:** (98)2109-1250

**E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.341.259

do conhecimento por meio da intervenção/transformação efetiva da realidade, articulando o discurso, a análise e a prática (LUZIO; L'ABBATE, 2006). A reforma psiquiátrica brasileira não se propõe à negação da doença ou dos sintomas, pois entende que há uma existência que produz sofrimento e mal-estar, mas busca compreender o ser humano em sua complexidade. Sugere a construção de novas possibilidades, a convivência em um mesmo espaço de forma tolerante com a diferença, não constituindo esta, motivo de exclusão, segregação, e negligência da cidadania e dignidade dessas pessoas (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006; MELMAN, 2006; AMARANTE, 2007). Mioto (2010) caracteriza a família como um espaço privilegiado de promoção da saúde, tendo por isso papel fundamental na saúde individual e coletiva, acrescentando que ao compreendermos o protagonismo dos determinantes sociais se torna impensável descartar a família como referência das políticas públicas de saúde. Segundo BORBA (2010), no cenário brasileiro as políticas públicas de saúde, em especial as relacionadas à saúde mental, tem evidenciado a necessária inclusão da família nas discussões acerca das transformações que estão ocorrendo na assistência nesta área. Almeja-se a reinserção social, o resgate da cidadania, autonomia da pessoa com transtorno mental e o tratamento desses sujeitos em serviços comunitários substitutivos de atenção à saúde. Assim, o espaço de convivência familiar se torna indispensável para a concretização do modelo assistencial emergente, o psicossocial. Para Reis (2010) a nova política de saúde mental privilegia o território como espaço de construção de ações inovadoras, e entende a família como lócus de inclusão e convívio social. A família se insere como colaboradora nas práticas de saúde mental, conhecidas como práticas de reabilitação psicossocial, que se mostram como um recurso singular e fundamental para que os serviços substitutivos viabilizem propostas de cuidado alicerçadas na desinstitucionalização. Assim, atualmente com o advento da reforma psiquiátrica o tratamento em saúde mental vem se adaptando a uma nova forma de intervir na relação da família com o portador de transtorno mental, incentivando esta a participar diretamente do seu cuidado, procurando empoderá-la no que diz respeito a acolher o portador, incentivá-lo a continuar o tratamento corretamente e auxiliá-lo a inserir-se novamente na sociedade. Para Randemark et al., (2004) a simples transferência de responsabilidade para a família e comunidade constitui um problema que necessita de análise e reflexão pelos agentes institucionais de saúde envolvidos com a Reforma. É importante lembrar que as famílias de portadores de transtorno mental estão expostas a sobrecarga emocional e, mesmo com a Reforma, são alvos de preconceitos e discriminação. A própria carência de suportes institucionais não permite que as famílias sejam suficientemente amparadas para o enfrentamento do problema, incentivando, conseqüentemente, a “desospitalização”.

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227

**Bairro:** CENTRO

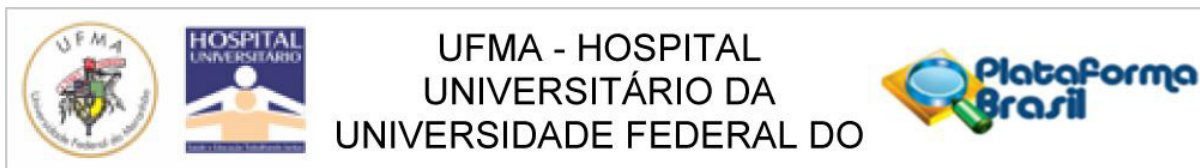
**CEP:** 65.020-070

**UF:** MA **Município:** SAO LUIS

**Telefone:** (98)2109-1250

**E-mail:** cep@huufma.br





Continuação do Parecer: 2.341.259

Hipótese: Não se Aplica.

Metodologia Proposta:

Tipo de estudo

O presente projeto propõe uma pesquisa qualitativa a ser realizada com familiares de portadores de transtornos mentais assistidos em Hospital Dia no período de novembro a dezembro de 2017. Segundo Minayo (2010) a pesquisa qualitativa busca a compreensão do significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações, práticas e fenômenos sociais. A pesquisa qualitativa busca a obtenção de dados descritivos, através do contato direto e interativo do pesquisador com o entrevistado, abrange um conjunto de técnicas interpretativas que têm como objetivo descrever e decodificar os componentes de um sistema complexo de significados, a partir da perspectiva dos participantes da situação estudada.

Local do estudo

O hospital dia é um centro de hospitalização parcial, para tratamentos de complexidade média e intensiva, de caráter multidimensional, tanto biológicos como psicoterapêuticos e institucionais. É portanto, um recurso terapêutico que trata o paciente durante um tempo limitado (algumas horas por dia, de 8 a 15h, de segunda a sexta feira), sem o afastar do seu meio social, familiar, de trabalho ou acadêmico, prevenindo a reclusão e a marginalização do paciente psíquico. O tratamento é realizado através de uma série de atividades assistenciais, apenas com o paciente, com a família e em grupos terapêuticos, de acordo com os objetivos traçados para cada paciente em particular. O Hospital Dia Vida e Liberdade onde será realizado a pesquisa, localiza-se no município de São Luís - MA, localizado no bairro Monte Castelo, Rua Armando Viêira Silva, CEP: 65030-130.

População e Amostra Serão abordadas as famílias de portadores de transtorno mental crônico, clientes de um hospital-dia na cidade de São Luís, MA. A amostra será por conveniência, o familiar de cada portador de transtorno mental crônico tratado na instituição, será convidado a participar da pesquisa, sendo respeitado o seu direito de escolha. O número de entrevistas será definido durante a coleta de dados através do critério de saturação, segundo o qual as entrevistas são suspensas quando os discursos apresentam repetição das informações, devido ao fato de não existirem novos elementos para a análise (Silverman, 2009). Esta condição é critério de suficiência de amostra na pesquisa qualitativa.

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227

**Bairro:** CENTRO

**CEP:** 65.020-070

**UF:** MA

**Município:** SAO LUIS

**Telefone:** (98)2109-1250

**E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.341.259

#### Metodologia de Análise de Dados:

Para realizar a presente pesquisa a técnica utilizada será entrevista semiestruturada. O instrumento para a entrevista será questionário sofrimento e mal-estar, mas busca compreender o ser humano em sua complexidade. Sugere a construção de novas possibilidades, a convivência em um mesmo espaço de forma tolerante com a diferença, não constituindo esta, motivo de exclusão, segregação, e negligência da cidadania e dignidade dessas pessoas (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006; MELMAN, 2006; AMARANTE, 2007). Mioto (2010) caracteriza a família como um espaço privilegiado de promoção da saúde, tendo por isso papel fundamental na saúde individual e coletiva, acrescentando que ao compreendermos o protagonismo dos determinantes sociais se torna impensável descartar a família como referência das políticas públicas de saúde. O primeiro instrumento a ser utilizado será o formulário estruturado buscando identificar aspectos sociodemográficos para a caracterização das participantes. O segundo instrumento será um roteiro de perguntas abertas que conduzirá a entrevista. Segundo Minayo (2010) o roteiro permite ao entrevistado discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-fixadas pelo pesquisador e ao entrevistador realizar perguntas a partir de tópicos definidos previamente que levem a uma maior compreensão do objeto de estudo. Para garantir à fidedignidade dos relatos as entrevistas serão gravadas e posteriormente serão transcritas. Tanto a coleta de dados quanto à transcrição será realizada pelo pesquisador por compreender ser este um momento de apropriação das informações, o que facilita a fase formal da análise. A coleta de dados se dará inicialmente pelo convite aos familiares dos pacientes do Hospital Dia para participarem da pesquisa. Caso o convite seja aceito, será realizado um agendamento para entrevista com o estabelecimento do local e dia apropriado.

Análise dos Dados: Após as entrevistas, as falas serão agrupadas de acordo com seu núcleo temático em categorias e interpretadas pela técnica de Análise de Conteúdo. Segundo Bardin (2010) a Análise de Conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicação, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens. Os significados manifestos e latentes no material qualitativo podem ser buscados a partir de diversas técnicas de Análise de Conteúdo. São quatro as modalidades da Análise de Conteúdo: Análise de Expressão, Análise de Relação, Análise Temática e Análise de Enunciação. Na busca dos significados manifestos e latentes do material qualitativo a análise temática foi a opção deste estudo por ser categorizada através de uma palavra, uma frase. Fazer uma análise temática é

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227

**Bairro:** CENTRO

**CEP:** 65.020-070

**UF:** MA

**Município:** SAO LUIS

**Telefone:** (98)2109-1250

**E-mail:** cep@huufma.br





Continuação do Parecer: 2.341.259

descortinar o núcleo dos sentidos das falas onde o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado (BARDIN, 2010). Para realizar a análise dos dados das entrevistas, serão adotados os seguintes passos (MINAYO, 2010). - Pré-análise: após a transcrição das entrevistas gravadas, as falas serão transformadas em texto por meio de unidades de sentido e significado. Para a apreensão das ideias centrais, a determinação das unidades de registro e a constituição dos corpos de provas e será realizada uma leitura exaustiva, flutuante e interrogativa de todo o material estudado. - Fase de categorização-exploração do material: nesse momento o material será explorado, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para tanto, serão procuradas expressões ou palavras significativas, em torno das quais as falas se organizam, para fazer a ordenação das categorias empíricas. - Análise dos resultados e interpretação: a análise final sobre as categorias empíricas encontradas exige um olhar mais profundo sobre as mesmas, onde serão realizadas inferências e interpretações, relacionando os núcleos de sentido com o quadro em estudo. Esta última análise permite que se faça uma interface entre o objeto de estudo e os dados encontrados, funcionando como resposta para os objetivos propostos.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Segundo o pesquisador:

Objetivo Primário: Conhecer o olhar da família de portadores de transtorno mental, em relação a doença e o tratamento em um Hospital Dia.

Objetivo Secundário:

- Conhecer a concepção da família acerca do tratamento e a vivência na instituição;
- Descrever as dificuldades vivenciadas pelos familiares no cotidiano em decorrência do familiar com o transtorno mental e seu tratamento;
- Identificar mecanismos de enfrentamento utilizados pela família em relação ao transtorno mental.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O pesquisador refere:

Riscos: A pesquisa não oferecerá RISCO físico, mas se em algum momento o senhor (a) se sentir constrangido e ou desconfortável em decorrência de alguma pergunta, nos lhe oportunizaremos outro momento para dar continuidade nessa entrevista, de acordo com sua vontade ou ainda se preferir poderá deixar de participar sem nenhum prejuízo.

Benefícios: Caso o senhor(a) aceite em participar, terá como BENEFÍCIO orientações sobre a doença de seu familiar ou esclarecimento de suas dúvidas que possa ajudar na condução do tratamento de

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227

**Bairro:** CENTRO

**CEP:** 65.020-070

**UF:** MA **Município:** SAO LUIS

**Telefone:** (98)2109-1250

**E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.341.259

seu familiar.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo é relevante cientificamente visto que permitirá ampliar conhecimentos o conhecimento das percepções das famílias sobre o transtorno mental, continuidade do tratamento adequado e a ressocialização, para acolher o portador egresso e intermediar sua transição do manicômio para a sociedade.

Subsidiando ações que irão colaborar para o fortalecimento do sistema de saúde, contribuindo para melhoria da atuação profissional da equipe de saúde que presta atendimento a esta clientela.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhada, Termo de consentimento livre e esclarecido- TCLE, Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word. Atende à Norma Operacional no 001/2013(item 3/ 3.3. O protocolo apresenta ainda as declarações de anuência, declaração de responsabilidade financeira.

**Recomendações:**

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA sugere que os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O PROTOCOLO atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares, sendo considerado APROVADO.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Comitê de Ética em Pesquisa–CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227

**Bairro:** CENTRO

**CEP:** 65.020-070

**UF:** MA

**Município:** SAO LUIS

**Telefone:** (98)2109-1250

**E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.341.259

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1010239.pdf	11/10/2017 15:36:45		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	10/10/2017 18:05:02	POLIANA SILVA DE ARRUDA	Aceito
Outros	autorizacaogestor.pdf	07/10/2017 18:24:09	Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa	Aceito
Outros	declaracao2.pdf	07/10/2017 18:22:30	Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa	Aceito
Outros	declaracao1.pdf	07/10/2017 18:22:05	Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	07/10/2017 18:14:08	Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	07/10/2017 18:04:35	Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	07/10/2017 18:03:41	Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetooriginal.docx	07/10/2017 17:57:06	Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227

**Bairro:** CENTRO

**CEP:** 65.020-070

**UF:** MA

**Município:** SAO LUIS

**Telefone:** (98)2109-1250

**E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.341.259

SAO LUIS, 20 de Outubro de 2017

---

**Assinado por:**  
**FABIO FRANÇA SILVA**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227

**Bairro:** CENTRO

**UF:** MA

**Telefone:** (98)2109-1250

**Município:** SAO LUIS

**CEP:** 65.020-070

**E-mail:** cep@huufma.br

**APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista Semiestruturada**

1. Identificação
  - a. Nome: \_\_\_\_\_
  - b. Idade: \_\_\_\_\_
  - c. Sexo: \_\_\_\_\_
  - d. Religião: \_\_\_\_\_
  - e. Escolaridade: \_\_\_\_\_
  - f. Estado Civil: \_\_\_\_\_
  - g. Renda mensal familiar \_\_\_\_\_
  - h. Composição \_\_\_\_\_ familiar:
  - i. Grau de Parentesco com a pessoa com transtorno mental: \_\_\_\_\_.
2. Conte-me um pouco sobre sua experiência com a doença do seu familiar;
3. Como você enxerga a transtorno(s) mental(ais) dele e quais foram e são as dificuldades enfrentadas?
4. Na atualidade, como você percebe o tratamento dispensado ao seu familiar nesta instituição e qual a diferença com tratamentos anteriores?
5. A que você atribui o modo como ele é tratado atualmente?
6. Como você participa do tratamento do seu paciente e como enxerga essa participação?
7. Descreva a relação do paciente com a família depois que ele passou a ser tratado nesta instituição.



**APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

O (a) Senhor (a) está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa com o título: “OLHAR DA FAMÍLIA ACERCA DO TRANSTORNO MENTAL E SEU TRATAMENTO EM UM HOSPITAL DIA”, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa.

Esta pesquisa em como objetivo conhecer o olhar da família de pessoas com problemas mentais que fazem tratamento no Hospital Dia Vida e Liberdade. Em outras palavras, queremos conhecer a sua visão sobre a doença mental que seu familiar e qual a sua impressão sobre o tratamento recebido no Hospital Dia Vida e Liberdade. Concordando em participar da pesquisa, o (a) senhor (a) irá ser entrevistado individualmente de forma privativa respondendo a alguns questionamentos que visam identificar seu olhar acerca de transtorno mental e tratamento na instituição do Hospital Dia Vida e Liberdade que serão realizadas nas dependências da mesma de forma privativa e terá duração aproximada de até 60 minutos em horário previamente marcado.

A pesquisa não oferecerá nenhum RISCO físico, mas se em algum momento o senhor (a) se sentir constrangido e ou desconfortável em decorrência de alguma pergunta, nos lhe oportunizaremos outro momento para dar continuidade nessa entrevista, de acordo com sua vontade ou ainda se preferir poderá deixar de participar sem nenhum prejuízo. Caso o senhor(a) aceite em participar, terá como BENEFÍCIO orientações sobre a doença de seu familiar ou esclarecimento de suas dúvidas. Fica claro que o (a) senhor (a) pode, a qualquer momento, recusar a sua participação desta pesquisa e retirar seu consentimento sem que lhe traga nenhum prejuízo e/ou punição em relação ao tratamento.

Considerando que a sua entrevista será realizada enquanto estiver acompanhando seu familiar na rotina do tratamento, não havendo necessidade de sua vinda exclusivamente para esta entrevista, não haverá GASTOS de dinheiro com a sua participação e o (a) senhor (a) também não receberá nenhum pagamento para participar, mas em caso de alguma despesa em decorrência deste estudo, você e seu familiar serão ressarcidos. Esclarecemos ainda que caso se sinta prejudicado em algum momento relacionado à pesquisa, o (a) senhor (a) tem direito de buscar indenização nas instâncias legais. Será garantido sigilo (segredo) da sua identidade e

das informações colhidas ao seu respeito, e estas não serão divulgadas, ou seja, ninguém saberá que participou deste estudo.

Caso tenha dúvidas referente ao estudo, poderá entrar em contato com a Profa. Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa, que é a pesquisadora responsável e em caso de dúvidas sobre os seus direitos, poderá entrar em contato com o CEP no Hospital Universitário Presidente Dutra (4º andar); Rua Barão de Itapary, nº 227. Centro - Tel: 21091050. Para entender o que um CEP, lhe explicamos que se trata de um comitê formado por profissionais que avaliam os projetos realizados com os seres humanos e tem o objetivo de sua proteção.

Caso aceite em concordar, solicitamos que assine esse documento juntamente com o pesquisador, em duas vias, rubricando em todas as páginas, ficando com uma via em seu poder e a outra ficará com o pesquisador.

São Luís, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

Assinatura do participante

---

Assinatura da Pesquisadora/Orientadora – Profa. Dra. Rita Carvalho Frazão Corrêa.  
Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Av. dos Portugueses, Campus do Bacanga. Prédio Paulo Freire. Departamento de  
Enfermagem. Realizar contato através do Cel.: (98) 91285885; ou por e-mail:  
[ritacarvalho@hotmail.com](mailto:ritacarvalho@hotmail.com)

---

Assinatura da Pesquisador/ Entrevistador – Poliana Silva de Arruda. Universidade  
Federal do Maranhão-UFMA. Av. dos Portugueses, Campus do Bacanga. Prédio  
Paulo Freire. Departamento de Enfermagem. Realizar contato por Cel.: (98) 8749  
9615; ou por e-mail: [polli\\_arruda@hotmail.com](mailto:polli_arruda@hotmail.com)