

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DO PARÁ
CURSO DE MEDICINA

ANA VITORYA FERREIRA DOS SANTOS

CAMILA DE ASSIS FRANÇA

MARCELA RODRIGUES MELO

MARIANNY FREITAS MARIANO

**DIFICULDADES ENFRENTADAS POR CUIDADORES DE PESSOAS
COM TRANSTORNO MENTAL**

MARABÁ/PA

2024

FACIMPA – FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DO PARÁ
IPEC – Instituto Paraense de Educação e Cultura LTDA
Endereço: Folha 32, quadra especial, Lote 10 – Nova Marabá – CEP:
68.508-310 Marabá – Pará - Telefone: (94) 2122-0290 CNPJ:
07.962.437/0001-55

ANA VITORYA FERREIRA DOS SANTOS

CAMILA DE ASSIS FRANÇA

MARCELA RODRIGUES MELO

MARIANNY FREITAS MARIANO

**DIFICULDADES ENFRENTADAS POR CUIDADORES DE PESSOAS
COM TRANSTORNO MENTAL**

**Trabalho de Conclusão do Curso,
apresentado ao curso de Medicina
da Faculdade de Ciências Médicas
do Pará como requisito para a
obtenção do título de Bacharel em
Medicina.**

**Orientador: MSc. WHERVESON
DE ARAÚJO RAMOS**

MARABÁ/PA

2024

FACIMPA – FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DO PARÁ
IPEC – Instituto Paraense de Educação e Cultura LTDA
Endereço: Folha 32, quadra especial, Lote 10 – Nova Marabá – CEP:
68.508-310 Marabá – Pará - Telefone: (94) 2122-0290 CNPJ:
07.962.437/0001-55

ANA VITORYA FERREIRA DOS SANTOS

CAMILA DE ASSIS FRANÇA

MARCELA RODRIGUES MELO

MARIANNY FREITAS MARIANO

**DIFICULDADES ENFRENTADAS POR CUIDADORES DE PESSOAS COM
TRANSTORNO MENTAL**

**Trabalho de Conclusão de Curso
aprovado pela Banca
Examinadora para obtenção do
título de Bacharel em Medicina, no
Curso de Medicina da Faculdade
de Ciências Médicas do Pará,
FACIMPA.**

Marabá, 21 de junho de 2024.

BANCA EXAMINADORA

Prof. MSc. Wherveson de Araujo Ramos - Mestre em Saúde e Tecnologia -
Orientador (FACIMPA)

Prof. Dra. Valéria de Castro Fagundes - Médica Pós-Graduada em Psiquiatria -
(FACIMPA)

Prof. Dr. Wellington da Silva Conceição - Doutorado em Ciências Sociais-(UFMA)

RESUMO

O apoio familiar é de suma importância mediante qualquer quadro de adoecimento, principalmente no que tange à pessoa com transtorno mental. Diante disso, esse estudo objetivou conhecer as dificuldades enfrentadas por famílias de pessoas com transtornos mentais. É um estudo descritivo, com abordagem mista e transversal, realizado no ano de 2024. A amostra foi composta por familiares de pacientes que realizavam acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPs) do Município de Marabá-PA. Para coleta de dados, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado dividido em duas partes: a primeira abordou o perfil sociodemográfico, e a segunda, as vivências e o processo de enfrentamento. Ademais, para identificação de sinais de estresse nos investigados, foi aplicado o Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (ISSL). Para análise dos dados, foi utilizado o método de Análise de Conteúdo de Bardin, e para confecção dos dicionários de palavras foi utilizado o *Software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires)*. Este estudo respeita todos os preceitos éticos contidos no Conselho Nacional de Saúde nas Resoluções 466/12 e 510/2016, e suas resoluções complementares, sendo previamente submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos. Para os resultados desta amostra, os dados foram compilados no Quadro 1, enfatizando o Perfil sociodemográfico do cuidador de pessoa com transtorno mental, e no Quadro 2, demonstrando o Processo de cuidado e diagnóstico da pessoa com transtorno mental. A temática proporcionou a reflexão sobre os embaraços vivenciados por cuidadores de pessoas com transtorno mental, o relacionamento com o familiar adoecido e as estratégias no enfrentamento da doença, e sinalizou que durante esse processo de assistência contínua, a família também necessita de cuidados.

Palavras-chave: Transtorno Mental. Perfil de Saúde. Cuidador Familiar. Estratégias de enfrentamento.

FACIMPA – FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DO PARÁ

IPEC – Instituto Paraense de Educação e Cultura LTDA

Endereço: Folha 32, quadra especial, Lote 10 – Nova Marabá – CEP:

68.508-310 Marabá – Pará - Telefone: (94) 2122-0290 CNPJ:

07.962.437/0001-55

ABSTRACT

Family support is extremely important in any case of illness, especially when it comes to people with mental disorders. Therefore, this study aimed to understand the difficulties faced by families of people with mental disorders. It is a descriptive study, with a mixed and cross-sectional approach, carried out in 2024. The sample was made up of family members of patients who were being monitored at the Psychosocial Care Center (CAPs) in the Municipality of Marabá-PA. For data collection, a semi-structured interview script was used divided into two parts: the first addressed the sociodemographic profile, and the second, the experiences and the coping process. Furthermore, to identify signs of stress in those investigated, the Lipp Stress Symptom Inventory (ISSL) was applied. To analyze the data, the Bardin Content Analysis method was used, and to create the word dictionaries, the IRAMUTEQ Software (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) was used. This study respects all ethical precepts contained in the National Health Council in Resolutions 466/12 and 510/2016, and their complementary resolutions, and was previously submitted to the Ethics Committee for Research involving human beings. For the results of this sample, the data were compiled in Table 1, emphasizing the sociodemographic profile of the caregiver of a person with a mental disorder, and in Table 2, demonstrating the care and diagnosis process of the person with a mental disorder. The theme provided reflection on the embarrassments experienced by caregivers of people with mental disorders, the relationship with the sick family member and strategies for coping with the disease, and signaled that during this process of continuous assistance, the family also needs care.

Keywords: Mental Disorder. Health Profile. Family Caregiver. Coping strategies.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- **CAPS:** Centro de Atenção Psicossocial
- **TCLE:** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- **ISSL:** Inventário de Sintomas de Strres de Lipp
- **IRAMUTEQ:** *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*
- **TDAH:** Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade
- **IST's:** Infecções Sexualmente Transmissíveis
- **TEA:** Transtorno do Espectro Autista
- **DTM:** Depressão de Transtorno Maior
- **TC:** Transtorno de Conduta
- **SNC:** Sistema Nervoso Central
- **LSD:** Dietilamida do ácido lisérgico
- **TPM:** Transtornos Psiquiátricos Menores
- **RAPs:** Rede de Atenção Psicossocial
- **PTS:** Projeto Terapêutico Singular
- **AP:** Atenção Primária

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 8 |
| 2. REFERENCIAL TEÓRICO | 11 |
| 2.1. História da Saúde Mental no Brasil | 11 |
| 2.2. A família e os desafios no cuidado mediante um familiar psicótico | 11 |
| 2.3. Epidemiologia dos transtornos mentais | 12 |
| 2.4. Perfil sociodemográfico dos usuários do CAPS e familiares | 14 |
| 3. OBJETIVOS | 15 |
| 3.1. Objetivo Geral | 15 |
| 3.2. Objetivos Específicos | 15 |
| 4. METODOLOGIA | 16 |
| 4.1. Desenho do Estudo/Tipo de Estudo | 16 |
| 4.2. População de estudo | 16 |
| 4.3. Critérios de Inclusão | 16 |
| 4.4. Critérios de Exclusão | 17 |
| 4.5. Local e Período do estudo | 17 |
| 4.6. Procedimentos para a Coleta de Dados | 17 |
| 4.7. Análise de Dados | 17 |
| 4.8. Aspectos Éticos..... | 18 |
| 5. RESULTADOS E DISCUSSÕES | |
| 5.1. Perfil sociodemográfico do cuidador | 26 |
| 5.2. Compreendendo o transtorno mental | 26 |
| 5.3. Dificuldades e limitações frente ao cuidado..... | 26 |
| 5.4. Resignificação do cuidador após o diagnóstico | 26 |
| 6. CRONOGRAMA | 29 |
| 7. ORÇAMENTO | 30 |
| REFERÊNCIAS | 31 |
| APÊNDICE A | 35 |
| ANEXO A | 37 |
| ANEXOS B | 38 |

FACIMPA – FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DO PARÁ
IPEC – Instituto Paraense de Educação e Cultura LTDA
Endereço: Folha 32, quadra especial, Lote 10 – Nova Marabá – CEP:
68.508-310 Marabá – Pará - Telefone: (94) 2122-0290 CNPJ:
07.962.437/0001-55

1. INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais são caracterizados por síndromes, padrões comportamentais ou psicológicos clinicamente importantes que ocorrem num indivíduo e estão associados a sofrimento ou incapacitação. Estes transtornos possuem incidência significativa em todo o mundo e atingem cerca de um terço do total de casos de doenças não transmissíveis, apesar dos índices de mortalidade serem baixos, causam incapacidade de longa duração, provocando prejuízo na funcionalidade e na qualidade de vida dos indivíduos. Os transtornos de humor são mais frequentes nas mulheres; enquanto os transtornos psicóticos e o uso de substâncias, mais elevados nos homens^{1,2}.

Alguns fatores podem influenciar no desenvolvimento da patologia, tais como gênero, cor da pele, renda, escolaridade e trabalho, além dos circunstanciais, que são a junção de vários deles, como a perda de um emprego e/ou de um ente querido, que também aumentam o risco de sofrimento mental. É frequente as pessoas relatarem que algum acontecimento marcante em suas vidas tenha precedido o aparecimento do sofrimento³.

Interessante mencionar que antes do surgimento das políticas na área da saúde mental e da reforma psiquiátrica, a família era excluída do tratamento por ser julgada como produtora do transtorno, uma vez que o membro adoecido era visto como aquele que carregava todas as culpas e deveria ser afastado daqueles que eram considerados os responsáveis pelo desencadeamento de sua doença, dessa maneira restava a família não participar do tratamento e apenas encaminhar seu familiar a instituições para o tratamento adequado⁴.

Os autores destacam que a partir das novas políticas e do movimento gerado pela Reforma Psiquiátrica o cenário muda, ocorre uma transição importante onde os espaços restritivos que essas pessoas com transtorno mental viviam migra para uma reinserção dentro da comunidade com serviços de atenção à saúde que envolvam especialmente a família⁴.

A reforma psiquiátrica teve como marca registrada o fechamento gradual de manicômios e hospícios, tendo como principal diretriz a internação do paciente somente, se o tratamento no domicílio se mostrar ineficaz, possibilitando um tratamento mais humanizado e integral aos portadores de transtorno mental. Esse processo de desinstitucionalização determina que os cuidados com o portador de sofrimento mental sejam de responsabilidade da família³.

Essa convivência entre família e a pessoa com transtorno mental trouxe mudanças importantes na dinâmica familiar dificultando muitas vezes o bom relacionamento dos membros e trazendo uma realidade impactante, onde surgem os entraves enfrentados nesse novo contexto⁴.

A família é caracterizada por um sistema aberto interconectado com outras estruturas sociais, composto por pessoas que compartilham uma relação de cuidado (proteção, alimentação, socialização). Os seus integrantes familiares estabelecem vínculos afetivos, de convivência, de parentesco consanguíneo ou não, condicionados por valores socioeconômicos e culturais determinados em um dado contexto geográfico, histórico e cultural⁴.

Nota-se, o embasamento familiar é de suma importância diante de qualquer quadro de adoecimento, mas ao pensar a respeito da família do doente mental, suscitam-se questões que permeiam entre a culpa e a vitimização, entre o preconceito e a vergonha, além da dificuldade de o familiar perceber-se em sua singularidade⁵.

Entretanto, frequentemente, a família é desprovida de instrução e preparo frente a esse novo enfrentamento que é assumir o papel de cuidadora. É uma jornada rotineiramente desafiadora em muitos aspectos, tais sejam: a não adesão ao tratamento pelo familiar enfermo, a sobrecarga, gastos financeiros elevados, suporte psicológico, entre outros⁴.

Em alguns casos, essas situações podem contribuir para que desordens emocionais ocorram no contexto familiar. Deve-se, ainda, considerar que possíveis quadros de isolamento, automutilação e agressividade na pessoa com transtorno mental podem gerar ansiedade, raiva, medo e culpa em quem a cuida⁴.

Essas famílias defrontam-se ainda, com inúmeras situações, entre elas: a dificuldade de lidar com as situações de crise, com os conflitos familiares que surgem, com a culpa e a tristeza por não conseguir encontrar caminhos que levem a resolução dos problemas, o isolamento social, as dificuldades materiais da vida cotidiana e as complexidades do relacionamento com esse familiar, além de uma expectativa frustrada de cura pelo desconhecimento da doença propriamente dita³.

Nesse contexto, ressalta-se a importância da presença de profissionais de saúde nesse processo, atuando de forma essencial ao gerar suporte necessário ao grupo familiar, prestando a assistência ao portador do transtorno mental e sua família, orientando, esclarecendo dúvidas, proporcionando a compreensão sobre a situação e desenvolvendo estratégias que irão proporcionar o apoio para que a família se torne uma participante ativa do cuidado⁶.

Portanto, este é um estudo que possui como objetivo geral conhecer os desafios da família diante de um familiar com transtorno mental e como objetivos específicos: verificar os transtornos mentais mais prevalentes; caracterizar os impactos enfrentados pelos familiares; investigar o perfil demográfico dos usuários e familiares e identificar as estratégias de inclusão utilizadas pela família.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Histórico da saúde mental no Brasil

A trajetória da saúde mental no Brasil, é marcada por várias mudanças no que tange às concepções do adoecimento mental. Em 1841 foi criado o Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, e teve como função, retirar as pessoas em sofrimento psíquico do convívio social, com a privação da liberdade, pois apresentavam ameaça à sociedade⁸.

O hospício era vinculado à Santa Casa de Misericórdia, desse modo, mantinha um caráter religioso e de caridade. Porém, com a proclamação da República, houve a desvinculação da Santa Casa, e os hospícios passaram ao domínio da psiquiatria científica, onde se intensificaram as terapias medicamentosas⁸.

Desde então, esses hospitais fomentaram seu modelo asilar, e hospitalocêntrico, porém, os maus tratos, situações de abandono, superlotação e a grande quantidade de óbitos, passaram a ser questionadas pela sociedade. Essas críticas, e os moldes estrangeiros adotados por países como França, Itália e Estados Unidos, impulsionaram a reforma de cuidado em saúde mental no Brasil⁸.

O modelo hospitalocêntrico foi substituído com a reforma psiquiátrica, implementada no Brasil, com a lei 10.216/2001, a qual assegurou atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, promovidos ao membro adoecido e seus familiares. Estes, passaram a acontecer através de políticas de saúde mental, com a criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), visando uma integralidade do tratamento, abrangendo inclusive serviço ambulatorial, e sobretudo, participação efetiva da família, possibilitando aos entes e pacientes a oportunidade de maior convivência em sociedade e vivências entre si⁹.

2.2 A família e os desafios no cuidado mediante um familiar psicótico

Dentre os entraves encontrados, diversas vezes a família acaba sendo

penalizada pela ausência ou insuficiência de preparo e conhecimento sobre a doença do seu familiar, o que gera um fator potencialmente crucial para o desempenho do cuidado. Notadamente, a falta de informação referente a certa patologia, impulsiona inúmeros questionamentos, como "o porquê" de tal doença, ou em que momento houve o erro, intensificando a incompreensão, tristeza e desespero¹⁰.

Considerando que a pessoa do cuidador passa a assumir várias funções instantaneamente, ao passo da extrema necessidade de existir todo um suporte financeiro, social e emocional, torna-se indiscutível a sua sobrecarga o que acaba contribuindo involuntariamente para uma inesgotável aflição e desafios psicologicamente mais dolorosos ao cuidador do doente¹⁰.

2.3 Epidemiologia dos transtornos mentais

Dentro das principais patologias encontradas, evidencia-se a depressão de transtorno maior (DTM) como uma das principais causas de morbimortalidade em adolescentes, tendo alguns fatores como alcoolismo, violência, abuso sexual, conflitos familiares e perdas parentais, importantes gatilhos para seu desenvolvimento, tendo maior incidência no sexo feminino¹⁷.

Essas pessoas podem apresentar humor irritável e instável, com episódios de explosão e raiva, baixa autoestima, alteração do sono, apatia, isolamento social, desesperança, desinteresse, podendo apresentar, em casos mais graves, ideação suicida. Porém, esses sintomas muitas vezes são despercebidos pela família, e mesmo quando diagnosticados, não têm uma boa aceitação familiar¹⁷.

Além da depressão, é fundamental mencionar a ansiedade patológica que habitualmente ocorre, estabelecendo-se, para o resto da vida. É comum também que jovens estudantes tenham altos níveis de ansiedade, afetando a sua concentração e memória, implicando assim, em dificuldades no seu cotidiano¹⁸.

A maioria desses jovens que sofre com a ansiedade vive com medo e angústia,

esses dois sentimentos são causados por diversos motivos, sendo um deles, o desejo dos estudantes de conquistar uma vaga em uma universidade, predispondo-os à insegurança, fobias e pânico causados por algum fator estressor ou trauma durante esse processo de ingresso ao ensino superior¹⁶.

Considerando ainda os transtornos na adolescência, outra patologia que merece destaque é a esquizofrenia, caracterizada por alterações na atenção, memória, sensopercepção, linguagem e funções executivas. Trata-se de um transtorno crônico, sem predileção por raça ou cor, e que apesar dos avanços nas pesquisas, ainda não possui um exame diagnóstico específico¹⁶.

Envolvendo comportamentos incessantes de condutas agressivas, quebras de normas sociais, falta de empatia, ausência de culpa entre outras atitudes, esses tipos de mudanças comportamentais estão relacionados ao sofrimento do adolescente e dos seus familiares¹¹.

Entre os principais desafios enfrentados pela família estão o desamparo, a frustração, a quebra da rotina, noites de sono perdidas, além do fato de ter que lidar com a doença e com o tratamento do dependente químico. Nessa condição, esses cuidadores passam a viver em prol do seu doente, tendo que abdicar da sua vida social e trabalho na maioria das vezes¹⁹.

Os transtornos psiquiátricos menores (TPM) se referem à situação de saúde de indivíduos que apresentam sintomas de ansiedade, depressão ou sintomas somatoformes. A maioria dos indivíduos com TPM apresenta queixas como tristeza, ansiedade, cansaço, diminuição da concentração, problemas somáticos, irritabilidade e insônia. Essas morbidades menores também podem ser denominadas como transtornos mentais comuns²⁴.

Destarte, a ansiedade, é umas das emoções básicas humanas, e é fisiológica, deixando o ser humano em um estado de alerta. No entanto, quando passa a gerar medo, dificuldades para realizar trabalhos, desfrutar de momentos de lazer e

momentos com familiares, passa a ser considerado um transtorno de ansiedade, e a pessoa costuma ficar a maior parte do dia angustiada²⁵.

No que se refere à depressão, é evidenciada quando a pessoa apresenta rebaixamento do humor, limitação da energia e diminuição da atividade. Alterações como a perda de prazer, concentração diminuída são comuns.

Conforme dispõe Dourado, além da ansiedade e depressão, outras patologias também são encontradas nos cuidadores, como o estresse, problemas cardíacos, diabetes, hipertensão, problemas decorrentes de menopausa, doenças neurológicas e ortopédicas²⁵.

2.4 Perfil sociodemográfico dos usuários do CAPS e familiares

O cuidado após uma internação psiquiátrica ou o tratamento de base comunitária é, na maioria dos casos, assumido por mulheres, comumente desempregadas e com baixo nível de escolaridade, às quais dividem esse tempo com atividades da vida cotidiana, voltadas às responsabilidades com a casa, filhos, esposo e demais atividades domésticas²⁰.

Este fato, reforça a construção social do papel feminino, uma vez que o zelo pela família é uma atribuição historicamente exercida pela mulher, e, mesmo em famílias numerosas, permanece sendo realizado por uma única pessoa, contribuindo para sua sobrecarga, e comprometendo seu autocuidado e aumento do risco de adoecimento²⁰.

Cerca de 42,1% dos familiares possuem transtornos mentais menores, nos quais indivíduos do sexo feminino apresentam prevalência de 54% maior no rastreio. Como também acontece com os indivíduos com menor escolaridade e os que possuem algum problema de saúde²¹.

Já em relação ao perfil demográfico dos usuários da Rede de Atenção

Psicossocial, ressalta-se que o conjunto de interações entre idade, estado civil, renda e nível educacional contribuem para uma natureza mais complexa do usuário, modificando assim, a intensidade dos sintomas conforme os transtornos, sendo na maior parte dos casos os transtornos de abuso e dependência de álcool e drogas, mais grave, e os transtornos de ansiedade, leve²².

No tocante aos transtornos em decorrência de ansiedade, abuso e dependência de álcool e drogas, vale salientar que também são mais prevalentes em adolescentes. Já no que se refere ao nível de escolaridade, duas vertentes são observadas com mais atenção: a escolaridade inferior ao ensino primário, sendo correlacionada a uma maior incidência para depressão, e, à graduação por estar relacionada ao nível superior, ampliando o risco de dependência de álcool e drogas²².

Imprescindível falar que variáveis sociodemográficas são pertinentes para a análise das condições de vida das pessoas que procuram os serviços de saúde mental, pois contribuem para o conhecimento das características dos usuários como forma de melhorar o cuidado e os serviços oferecidos na prevenção, promoção e reabilitação em saúde²³.

Portanto, o nível de formação ou dificuldades no processo de aprendizagem, trabalho e as condições socioeconômicas podem ser fatores de risco para problemas de saúde mental ou mesmo seu agravamento, à proporção em que influencia a autonomia do indivíduo e sua capacidade reflexiva e de participação social²³.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Conhecer as dificuldades enfrentadas pelas famílias de pessoas com transtorno mental.

3.2 Objetivos Específicos

- Verificar os transtornos mentais mais prevalentes;

- Caracterizar os impactos enfrentados pelos familiares;
- Investigar o perfil demográfico dos usuários e familiares;
- Identificar as estratégias de inclusão utilizadas pela família.

4. METODOLOGIA

4.1 Desenho do Estudo/Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem mista e transversal. Este tipo de estudo, baseia-se em quantificar e explicar a realidade em termos de conceitos, comportamentos, percepções e avaliações das pessoas. Envolve a obtenção de dados descritivos e estuda as relações humanas nos mais diversos ambientes. Quanto à abordagem, o tipo transversal, mede a prevalência da doença (proporção da população que tem a doença num determinado momento), permite, também, investigar associações entre a doença ou outro desfecho e prováveis fatores de risco²⁹.

4.2 População de estudo

Foram escolhidas famílias atendidas pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), apenas residentes no Município de Marabá-Pará, sendo estes, cuidadores de pacientes com algum tipo de transtorno psiquiátrico do município de Marabá-PA.

A amostra ocorreu de forma aleatória e por conveniência, foram abordados os cuidadores/ familiares e realizado o convite para participação do estudo. O número de participantes foi estipulado pelo ponto de saturação, ou seja, o número de sujeitos considerado suficiente a partir do momento em que o pesquisador não esteja assimilando mais nada de novo, no que se refere ao objeto do estudo³⁰.

4.3 Critérios de Inclusão

Os critérios de elegibilidade dos indivíduos para esta investigação foram: ter idade maior que 18 anos, ser familiar e/ou cuidador principal da pessoa com transtorno mental em acompanhamento pelo CAPS de Marabá-PA e aceitem de forma

voluntária participar do estudo.

4.4 Critérios de Exclusão

Foram excluídos da amostra trabalhadores dos CAPS, cuidadores remunerados e profissionais de saúde remunerados e não remunerados.

4.5 Local e Período do Estudo

O estudo foi realizado durante o ano de 2024 no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Marabá, Pará. Esta instituição funciona na modalidade de agendamento com consultas programadas, acolhendo e amparado beneficiários de Marabá e região, sendo composto por uma equipe multidisciplinar, formada por: um médico psiquiatra; um enfermeiro com formação em saúde mental; quatro profissionais de nível superior e seis profissionais de nível médio. Tendo competência para realizar diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pessoas com sofrimento psíquico e transtornos mentais.

4.6 Procedimentos para a Coleta de Dados

Para coleta de dados, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado, adaptado de Ramos et al., (2019) (ANEXO A). Este roteiro é composto por duas etapas: na primeira, foram levantados dados sociodemográficos dos participantes: idade, estado civil, cor da pele, renda mensal, dependentes da renda, local de procedência, tipo de residência, quantidade de filhos, ocupação, cuidador principal e se é beneficiário de algum auxílio do governo.

A segunda parte é composta por perguntas abertas em relação aos objetivos de estudo: Para você, o que é doença mental? Como foi a descoberta da doença de seu familiar/usuário? Como isto afetou a sua vida e a sua família? No momento, como você lida com a doença dele (a)?

Além deste questionário, foi necessário efetivar as seguintes perguntas para possibilitar as respostas dos demais objetivos específicos: Qual o diagnóstico do seu familiar? Quais as estratégias que você e sua família utilizam para inclusão do familiar na sociedade?

Todos os entrevistados eram acompanhantes dos usuários do CAPS, sendo convidados aleatoriamente a participarem da entrevista. Posteriormente, foi esclarecido quanto aos objetivos a serem alcançados, dúvidas, sigilo de pesquisa, e com a devida anuência, o familiar/cuidador foi conduzido a uma sala reservada do CAPS, e após ter assinado a Carta de Informação e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), a entrevista teve início.

Com o objetivo de efetuar a transcrição na íntegra, foi utilizado um gravador para registrar e, consecutivamente transcrever fidedignamente esse momento, que atingiu duração em torno de 30 minutos cada e ocorreu nas dependências do próprio CAPS.

Cada sujeito entrevistado foi nominado de “entrevistado” e número sequencial, de acordo com a ordem cronológica de entrevistas. Além disso, na mesma ocasião, foi aplicado o Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (ISSL), esta escala que visa elencar sinais e sintomas de estresse em adultos e sua evolução aconteceu de três formas: alerta, resistência e exaustão (ANEXO B).

4.7 Análise de Dados

Para uma análise eficaz dos dados, tornou-se indispensável recorrer ao método de Análise de Conteúdo de Bardin. Este método, estrutura-se em três fases: 1) Pré-análise; 2) Exploração do material, categorização e/ou codificação; 3) Tratamento dos resultados.

Neste, inicialmente, foi realizada a transcrição das entrevistas na íntegra, proporcionando uma visão global dos dados. Na sequência, houve uma leitura geral dos dados, o que permitiu analisar as falas recorrentes e criar as categorias e suas subcategorias.

Posteriormente, foi criada uma tabela, concatenando as falas recursivas dos participantes com as categorias e subcategorias correlatas¹⁰. Ademais, foi utilizado o software IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) que permitiu uma apreciação detalhada do processo de codificação, e viabilizou a formulação da nuvem de palavras, para posterior análise dos pesquisadores.

No que se refere ao software, trata-se de um programa computacional de código aberto amplamente utilizado na área da saúde, segundo Silva et al., (2021) é uma ferramenta de apoio à investigação científica qualitativa que possibilita a organização de grande volume de dados textuais, o gerenciamento e tratamento estatístico de textos, entrevistas ou questionários abertos, otimizando o tempo de análise textual.

Para apreciação da entrevista gravada foram utilizadas três medidas: a) Método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), a partir de um dendograma em classes de palavras e Análise Fatorial de Correspondência (AFC); b) Nuvem de palavras, que é uma análise lexical em função da frequência; c) Corpus textuais (exemplificando a falas dos cuidadores informais); d) Teste de similitude.

4.8 Aspectos Éticos

Este estudo respeitou todos os preceitos éticos contidos no Conselho Nacional de Saúde nas Resoluções 466/12 e 510/2016, e suas resoluções complementares, sendo previamente submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos.

5.0 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra deste estudo, foi composta pelas informações adquiridas através de 28 entrevistas semi estruturadas realizadas dentro do CAPS com cuidadores e/ou

responsáveis de pessoas com transtorno mental. Os dados foram compilados no Quadro 1, enfatizando o Perfil sociodemográfico do cuidador de pessoa com transtorno mental, e no Quadro 2, demonstrando o Processo de cuidado e diagnóstico da pessoa com transtorno mental.

5.1 Perfil sociodemográfico do cuidador

Quadro 1 – Perfil sociodemográfico do cuidador de pessoas com transtorno mental.

Marabá-PA, 2024

| Sexo (%) | | Dependentes da mesma renda no núcleo familiar (%) | |
|-------------------------|-------|--|-------|
| Masculino | 32,15 | 1 a 4 pessoas | 82,15 |
| Feminino | 67,85 | 5 a 9 pessoas | 17,85 |
| Faixa etária (%) | | Renda (%) | |
| 18 – 30 | 7,14 | Menos de 1 salário | 17,85 |
| 31 – 40 | 10,71 | 1 a 2 salários | 64,28 |
| 41 – 50 | 50,00 | 3 a 4 salários | 14,28 |
| 51 – 60 | 17,87 | 5 ou mais | 3,57 |
| 71 – 80 | 14,28 | | |
| Cor da pele (%) | | Residência (%) | |

| | | | |
|---------------------------------|-------|---------------------|-------|
| Branco | 7,14 | Própria | 67,85 |
| Preto | 14,28 | Alugada | 21,42 |
| Pardo | 78,58 | Cedida | 10,71 |
| Local de procedência (%) | | Ocupação (%) | |
| Goiás | 3,57 | Desempregado | 3,57 |
| Tocantins | 14,28 | Pensionista | 10,71 |
| Pará | 64,28 | Autônomo | 28,57 |
| Maranhão | 17,85 | Do lar | 28,57 |
| | | Outros | 28,57 |

Quanto ao perfil sociodemográfico dos cuidadores, observou-se um parâmetro mais objetivo, no qual foram representados os dados dos participantes, tais sejam: sexo, faixa etária, cor da pele, procedência, dependentes da mesma renda no núcleo familiar, renda mensal, tipo de residência e ocupação.

Neste, percebeu-se que a maior parcela dos cuidadores é atribuída ao sexo feminino (67,85%), com faixa etária entre 41 e 50 (50%), com cor da pele parda (78,58%), sendo a procedência mais significativa o Estado do Pará (64,28%), apresentando renda entre 1 e 2 salários mínimos (64,28%), contemplando em média de 1 a 4 pessoas dentro do núcleo familiar (82,15%), morando a maioria em casa própria (67,85%) (Quadro 1[U1]).

Quadro 2 – Processo de cuidado e diagnóstico da pessoa com transtorno mental. Marabá-PA, 2024

| Quem é o cuidador do paciente em casa? (%) | | Quem acompanha o paciente durante as consultas e/ou outras atividades? (%) | |
|---|-------|---|-------|
| Esposa | 28,57 | Esposa | 28,57 |
| Mãe | 32,14 | Mãe | 39,28 |
| Irmã | 3,57 | Irmã | 3,57 |
| Parentes | 7,14 | Parentes | 7,14 |
| Filho | 14,28 | Filho | 10,71 |
| Pais | 14,28 | Pais | 10,71 |
| Transporte utilizado para ir às consultas? (%) | | Transtorno mental do familiar (%) | |
| Carro próprio | 42,85 | Esquizofrenia | 28,57 |
| Ônibus | 7,14 | Síndrome do Pânico | 3,57 |
| Transporte da prefeitura | 3,57 | TAB e ansiedade | 3,57 |

| | | | |
|-----------|-------|-----------------------|-------|
| Lotação | 17,85 | Depressão e ansiedade | 14,29 |
| Moto | 17,85 | TAB | 7,14 |
| Bicicleta | 7,14 | TEA e TDAH | 3,57 |
| A pé | 3,57 | Não sabe | 25,00 |
| | | Depressão | 14,29 |

Este evidencia uma performance mais subjetiva e diagnóstica, quanto ao desempenho do cuidado e o perfil patológico do adoecido.

No tocante ao processo de cuidado direto e diário em casa com o adoecido, percebeu-se que se concentra na figura materna (32,14%) e da esposa (28,57%). Que em sua maioria, utilizam o carro próprio como principal meio de transporte (42,85%) para idas às consultas, e viabilização do tratamento psiquiátrico (Quadro 2[U2]).

Com relação ao diagnóstico mais prevalente, evidenciou-se a Esquizofrenia com 28,57%, seguidos dos distúrbios mistos de Depressão e Ansiedade 14,29%, somente ansiedade 14,29% e Transtorno Afetivo Bipolar 7,14%, equiparado a Síndrome do Pânico, TAB e Ansiedade, TEA e TDAH numa proporção de 3,57%.

Observou-se ainda, que 25,00% dos participantes desconhecem o transtorno mental do seu familiar, o que remete certa inquietação e atenção especial nesse sentido[U3] .

Neste estudo, foram realizadas 4 análises dos 28 entrevistados, referentes à avaliação da percepção frente ao processo de cuidado. O software reconheceu e analisou 1702 ocorrências.

Da amostra de palavras distintas reconheceu 332 como relevantes, com uma frequência mínima de 3. Diante disso, o corpus foi dividido em 54 segmentos. Na

FACIMPA – FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DO PARÁ

IPEC – Instituto Paraense de Educação e Cultura LTDA

Endereço: Folha 32, quadra especial, Lote 10 – Nova Marabá – CEP:

68.508-310 Marabá – Pará - Telefone: (94) 2122-0290 CNPJ:

07.962.437/0001-55

organização de classes das percepções de familiares com pessoas portadoras de transtornos mentais, foram reveladas seis classes semânticas demonstradas na Classificação Hierárquica Descendente.

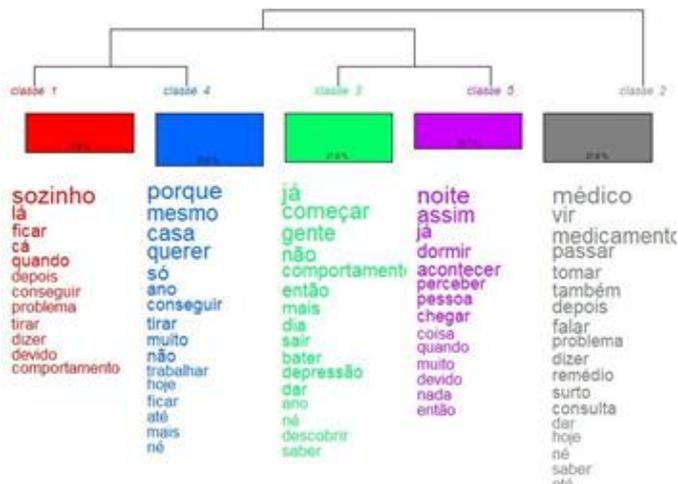


Figura 1. Dendrograma, organizado com base no software IRAMUTEQ, Marabá, PA, Brasil, 2024.

Após análise qualitativa das entrevistas, emergiu-se 3 categorias semânticas: Compreendendo o transtorno mental, dificuldades e limitações frente ao cuidado, resignificação do cuidador após o diagnóstico.

5.2 Compreendendo o transtorno mental

Sabe-se que a compreensão do transtorno mental é essencial para o manejo clínico e terapêutico da doença, além do processo de adaptação. Esta categoria traz os principais aspectos concernentes ao diagnóstico do transtorno mental para o familiar.

A complexidade dos transtornos mentais e a constante necessidade de apoio ao cuidador para o enfrentamento dos desafios, estão bem descritas nesta análise de dados, conforme E3 ressalva:

E3- Eu acho um problema sério, porque quem tem um problema mental não tem noção das coisas, né? E aí fica difícil para a pessoa que tem um problema mental lidar com as coisas sozinha[...]

Destaca-se a necessidade de haver disponibilidade de familiares, cuidadores e equipe de saúde, para assegurar o bem estar de cada paciente.

Carvalho et al., (2017) afirma que todo o tempo que é dedicado ao seu familiar, na busca de adaptação e tratamento, gera uma abstenção dos próprios planos de vida, objetivos e demandas dos cuidadores. É frequente o abandono de empregos e/ou estudos e saídas frequentes do expediente de trabalho para socorrer o parente.

Nota-se, a pessoa responsável pelo cuidado tende a organizar sua vida em torno da doença, de modo que as suas necessidades pessoais são colocadas em segundo plano, ocasionando posteriormente uma sobrecarga física, financeira e psicológica para o cuidador³¹.

Compreender o transtorno mental pode ser complicado e estigmatizado para algumas famílias/ cuidadores, como observa-se a seguir (E12 e E22):

E12: É um transtorno que a pessoa entra nele, a pessoa não quer entrar naquilo, né? Você quer ter o domínio das coisas, mas acaba perdendo [...]

A expressão: “é um transtorno”, diz respeito a algo involuntário, que apresenta condições físicas que podem ter etiologias mais esclarecidas e tratamentos mais evidentes. Alguns familiares se sentem aprisionados em um universo restrito. A demora na percepção do transtorno mental do familiar acontece devido os sintomas serem mascarados por diversos fatores, como rotinas ocupadas e falta de orientação sobre saúde mental¹⁰.

Devido à falta de informações adequadas, os familiares acabam se sentindo perdidos e isolados, consumindo-se em dúvidas e tentativas de entender porque o problema afetou um membro da família³². Tal assertiva pode ser percebida em relato E22:

E22- Para mim não e bem não, que eu e a família inteira ficamos preocupados, porque a gente ter esse problema mental na família e muita preocupação, ninguém tem sossego e é assim.

É notório que a convivência dos familiares com seus entes adoecidos, provoca uma sensação de fracasso. A instabilidade emocional, as flutuações de humor, atitudes imprevisíveis e os riscos de suicídio que o portador está propenso, geram preocupação constante, e por vezes, acabam tomando atitudes desesperadoras que causam certa perplexidade, porém justificáveis para proteger o portador de transtorno mental³¹.

Outrossim, há ainda uma vertente religiosa, em que muitos cuidadores e a própria sociedade acreditam. Para eles, os transtornos são coisas do “inimigo”, ou falta de Deus, observado em relato de E10:

E10- É a pessoa que falta Deus, primeiramente Deus, e que deixa a solidão tomar conta, a tristeza no coração.

A falta de conhecimento a respeito do assunto fortalece a crença do que é dito, uma vez que o meio, influencia diretamente pensamentos e atitudes. Se uma pessoa foi criada a vida toda na igreja, sendo ensinada que transtorno mental é algo espiritual, é nisso que vai acreditar.

Estudos históricos trazem algumas inverdades, e relatam que a religião e a psiquiatria sempre estiveram em conflito. Na Idade Média, acreditava-se que os transtornos mentais tinham apenas causas demoníacas, e não consideravam as etiologias orgânicas³⁶.

Por isso a importância de explicar para esses familiares o que é doença mental, e que vários fatores podem ser desencadeantes, como por exemplo: fatores genéticos, neurobiológicos, ambientais e psicológicos.

Sobre a descoberta do transtorno mental, a maior parcela dos familiares relataram a descoberta dos transtornos por meio da eclosão de um surto psicótico.

E1- Ele teve um surto no dia dos pais começou a andar no meio da rua, batendo nas portas dos vizinhos, chegou um momento em que ele tirou a roupa e saiu simplesmente andando no meio da rua, nu mesmo [...]

Como abordado pelo cuidador, a descoberta do transtorno mental de um familiar é desafiador. Podendo começar com observações de mudanças sutis no comportamento ou pela eclosão de um surto⁹. Por conseguinte, o primeiro episódio psicótico pode ser um ponto de virada que leva os familiares a buscar ajuda com profissionais da saúde³⁷.

A revelação do transtorno mental de um membro da família pode ser uma surpresa inesperada, levando a uma alteração na dinâmica familiar, como observado em E9:

E9- A gente teve que se reinventar, né? Primeiro, a gente teve que convencer os outros familiares de que era algo sério, né? Porque todo mundo quer logo dizer que é bobagem, que é frescura, que é espírito fraco, besteira [...]

Além disso, um dos principais obstáculos quanto ao transtorno mental é o estigma, no qual alguns familiares não reconhecem como uma condição médica legítima que requer tratamento adequado, acarretando sobrecarga para o cuidador que compreender o transtorno mental.

Alguns familiares passam por um momento de negação quanto ao transtorno mental de seu familiar (figura 2). Na avaliação do corpus texto, a palavra “não” foi a mais utilizada em todas as entrevistas, evidenciando a negação dos entrevistados frente o transtorno mental.

A negação, segundo alguns psicanalistas é um mecanismo de defesa psicológica, pelo qual uma pessoa se recusa a aceitar ou considerar uma parte da realidade que é dolorosa ou ameaçadora para ela. Pois pode acontecer um processo similar ao luto³⁸.

não deixar ele trabalhar ainda, porque a gente tem medo dele surta com outras pessoas.

Observa-se, que a vida do cuidador é afetada em sua integralidade, com comprometimento de sua liberdade, sobrecarga emocional e do cuidado, refletindo restrição de suas vontades em prol da dedicação aos cuidados com o portador.

Devido ao acúmulo de responsabilidades, muitos cuidadores acabam não conseguindo conciliar o trabalho com as demandas de cuidados requeridas pelos indivíduos adoecidos.

E16– Isso afetou demais, demais. Eu trabalhava e parei de trabalhar eu não trabalho mais, porque não tem como, tem vezes que ele fica agressivo, vou parar no hospital com ele aí agora estou tentando ter o acompanhamento aqui para encaixar ele em uma clínica acolá para tentar que ele faça acompanhamento.

A necessidade de abrir mão do emprego para se dedicar inteiramente ao portador é uma realidade vivenciada, representando o cenário de muitos cuidadores. A dedicação ao cuidado com o portador de transtorno mental requer adaptações e limitações nas atividades cotidianas, nas prioridades e na forma de viver do cuidador. A sobrecarga financeira se torna ainda mais fundamentada pela obstáculos enfrentados que impedem o portador e o cuidador de trabalharem (FERREIRA, et al, 2020) e (SILVA, et al, 2021).

Cuidar e conviver com o portador de transtorno mental requer ampliação na compreensão, atenção e percepção dos conflitos enfrentados. As diversas demandas de cuidados geram para o cuidador, sobrecarga, solidão, anulação de si próprio e esgotamento.

E14- Ah, mas se afeta a vida da gente de todo jeito. Emocional...toda maneira afeta. A pessoa pode sair pra trabalhar, trabalhava, tive que largar o serviço, para cuidar dele. Afeta de todo jeito. Ele já tentou me matar, né? Mas ele mesmo, não. Mas, é agressivo comigo, com as pessoas. Assim, quando ataca, ele tá atacado. Quando ele não tá bem. Mas quando ele tá bem, ele é uma ótima pessoa. Mas quando ele não quer tomar medicamento, aí fica agoniado. Para dentro de casa. É complicado.

A entrevista acima descreve os impactos emocionais causados pelas mudanças na rotina e no convívio mais consolidado com o portador. Os confrontos,

agressividade, mudanças de comportamentos ocasionam uma grande desestabilização emocional, interferindo na qualidade de vida e atuando no processo de adoecimento.

A dificuldade emocional de lidar com as oscilações comportamentais, de assimilar as situações e aceitar a doença, torna esse processo de cuidado angustiante, esgotante e mais desafiador. (BELLINI, et al, 2019) e (MEDEIROS, et al, 2019)

O esgotamento pode se manifestar por meio de alguns sintomas como: insônia, emagrecimento, angústia e preocupação, que refletem o sofrimento diante das dificuldades enfrentadas nos cuidados essenciais diários com o indivíduo.

E4: Eu quase não dormia. Eu não dormia. Eu emagreci muito. Ela também, porque ela não conseguia comer, não conseguia dar o remédio pra ela.

A divergência psíquica e comportamental do portador provoca um desgaste infindável para o cuidador. O processo de adoecimento é decorrente dessa sobrecarga física e emocional, podendo causar o desenvolvimento de doenças orgânicas e não orgânicas. Este fato se deve ao aumento das demandas de cuidado, e à falta de conhecimento sobre estratégias que ajudam a equilibrar os conflitos enfrentados pelo portador e pelo cuidador. (OLIVEIRA, et al, 2004) e (REINALDO, et al, 2005)

5.4 Resignificação do cuidador após o diagnóstico

O que se percebe é que os familiares são detentores de pouco ou nenhum conhecimento sobre a doença, seja por um difícil diagnóstico, seja por falta de informação. Eles ficam sem entender o comportamento apático, a falta de ambição, iniciativa, a dificuldade de comunicação e desesperança do familiar com transtorno mental, o que acaba gerando um ambiente de angústia demasiada diante dos sintomas manifestados e do estigma associado à doença, provocando inúmeros desafios que perpassam pelo cuidado que deve ser prestado pelo núcleo familiar.

A existência do sofrimento mental no ambiente familiar muda os hábitos e costumes da família, pela necessidade de adaptação a novas situações¹⁰.

A partir do diagnóstico, a família passa a demandar preocupação excessiva, e um auto sacrifício desenfreado, culminando com o estado de estresse elevado e um possível adoecimento. Em sua maioria, a mulher torna-se a única responsável na oferta de cuidado ao familiar mentalmente adoecido, tendo que conciliar essa tarefa com outras atividades rotineiras, o que eleva seu grau de sobrecarga.

As ações de cuidado induzem os familiares a uma nova formatação familiar, através de um processo de reorganização de rotinas, em detrimento das suas próprias prioridades, com o objetivo de garantir total assistência ao doente.

As pessoas com transtornos mentais possuem problemas relacionados aos sintomas, como destacam Rocha et al. (2015), sendo que esses interferem na sua autonomia, independência, qualidade de vida, e geram um estigma social associado a doença.

Por isso, a família é empurrada para uma responsabilidade desmedida, que vai das necessidades básicas até o acompanhamento médico e uso de medicamentos. Esse acúmulo sobrenatural de deveres impacta diretamente o cuidador, gerando extremo desgaste físico e emocional.

E17- No momento estou lidando bem, no começo que foi mais difícil, ela está fazendo o tratamento e está dando certo.

O cuidador que está no processo de entendimento sobre a doença mental do seu ente, expressa inicialmente um desgaste e sofrimento incessantes com aquela nova situação, contudo, após o esclarecimento da doença e o tratamento adequado, apresenta maior confiabilidade durante o cuidado, e aos poucos consegue “driblar” os entraves desse novo contexto, fortalecendo o elo entre beneficiário, profissionais, família e comunidade.

O vínculo constituído entre os familiares e os profissionais dos serviços de

saúde mental sugere uma diminuição do estigma percebido sobre os serviços e mostra, também, como é importante o envolvimento dos familiares para além do acompanhamento em consultas. Essas observações se amparam em estudos sobre a participação dos familiares os quais mostram a necessidade do investimento das relações entre familiares e profissionais⁴⁰.

É substancial destacar que o cuidado humanizado inserido na área da enfermagem possibilita que o profissional tenha um olhar diferenciado em relação à pessoa com transtorno mental e sua família, já que esta muitas vezes possui dificuldade de ser ouvida em seus anseios, dúvidas e sentimentos, encontrando na equipe de enfermagem a atenção necessária.

O cuidado da enfermagem em saúde mental, na ESF, tem fator de impacto na adesão, promoção, motivação, estabelecimento de costumes, apego e práticas de saúde através do preparo para a atuação das demandas frente aos novos paradigmas. Assim, a produção de cuidado e desenvolvimento de ações em saúde mental na atenção primária (ESF) e secundária nos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), tem representado um dos maiores desafios da atualidade, revelando a necessidade de ações com vistas a superar essa problemática compreendendo o trinômio usuário-família-comunidade, promovendo a formação de vínculos e desenvolvendo assistência que garanta desenvolvimento da autoestima e cidadania³⁶.

É fundamental a atualização e formação do profissional de saúde na assistência em saúde mental com sua orientação direcionada para a contribuição de tais demandas em um contexto de fragilidade mundial na busca pela sensibilização frente à uma área estigmatizada³⁷.

E26- Hoje... no começo... foi muito... É muito desafiador, né? Na cabeça da gente, qual era a forma de a gente trabalhar com ela, né? Hoje, não. Hoje, a gente... Ela já chega, ela já pede a medicação dela, almoça, tranquila, não foge mais, não sai mais pra a rua. Hoje, ela fica de boa, tranquila. Tomou a medicação, volta para casa dela, dorme tranquila. Aí então, deu mais aquela tranquilizada para a gente, né? Através da medicação, do diálogo, da conversa também. Aí então, no começo, foi bem desafiador.

FACIMPA – FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DO PARÁ

IPEC – Instituto Paraense de Educação e Cultura LTDA

Endereço: Folha 32, quadra especial, Lote 10 – Nova Marabá – CEP:

68.508-310 Marabá – Pará - Telefone: (94) 2122-0290 CNPJ:

07.962.437/0001-55

Nesta, o entrevistado deixa evidenciado que mesmo com o efeito negativo, daquele primeiro momento quando há a descoberta da doença, o impacto causador de tanta preocupação, medo, dúvidas e desafios, vai aos poucos dando lugar a tranquilidade e segurança, com o reconhecimento do uso regular da medicação como uma prática que proporciona uma rotina mais equilibrada tanto para paciente quanto para a família.

A presença de profissionais de saúde é fundamental. Assim, esse profissional atua de forma essencial ao gerar suporte necessário ao grupo familiar, prestando a assistência ao portador do transtorno mental e sua família, orientando, esclarecendo dúvidas, proporcionando a compreensão sobre a situação e desenvolvendo estratégias que irão proporcionar o apoio para que a família se torne uma participante ativa do cuidado⁶.

E8- A gente está tentando lidar da melhor forma possível. Mas, de acordo com o que eles falam aqui, as dicas que eles dão, a gente está tentando fazer o possível. Medicação, bastante cuidado. Não deixar só. Como ela já tentou, né. Aconselhar não deixar nada que fura, nada que encoste para ela não subir. Não deixar ela ir para um lugar que ela possa se jogar.

Outrossim, deve-se ter em mente que cada paciente é individual, único, tem suas peculiaridades, um temperamento específico, uma dinâmica singular e um funcionamento diferenciado, e dentro desse contexto, nota-se que o cuidador já conseguiu aceitar, reconhecer e compreender a doença mental do seu ente, criando sua metodologia e manuseio próprios, com domínio, cautela e persuasão, focando na segurança e bem-estar do adoecido.

O grupo familiar é um forte aliado, pois possibilita o desenvolvimento de vínculos extremamente importantes em momentos de fragilidade da pessoa com transtorno mental⁶.

No entanto, vale ressaltar que durante todo esse processo de assistência contínua, a família também necessita de cuidados. Esses familiares, sejam de

sangue ou não, constituem com um papel importante nesse processo e devem participar de discussões para se obter novas possibilidades de tratamento juntamente com a equipe de saúde, pois quando entende e assume responsabilidades os resultados são mais eficazes e satisfatórios³⁸.

6.0 Considerações Finais

Com a realização do presente estudo, observa-se que a família da pessoa com transtorno mental enfrenta inúmeras dificuldades, a partir do momento em que precisa cuidar, estar presente, ser suporte diária e incansavelmente.

O transtorno mental afeta o núcleo familiar e o estado emocional de toda sua rede, a família fica fragilizada com a sobrecarga física, emocional e financeira, o que por sua vez torna cada vez mais instável a relação intrafamiliar, em virtude da concentração da dependência e responsabilidade com ente adoecido.

Importante ressaltar a necessidade do cuidador em receber apoio, atenção e orientação pelos profissionais da área da saúde mental, possibilitando momentos de troca entre si, e amplificando o entendimento sobre a doença e de como agir em momentos de crise.

Este estudo buscou exaurir a temática das dificuldades enfrentadas por cuidadores de pessoas com transtorno mental, o relacionamento com o familiar adoecido e as estratégias no enfrentamento da doença, sobretudo a importância da inclusão da família nesse contexto, atuando juntamente com a equipe de saúde e sendo capacitada para auxiliar em momentos de crises e especialmente na melhora da qualidade de vida do seu familiar com transtorno mental.

FACIMPA – FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DO PARÁ
IPEC – Instituto Paraense de Educação e Cultura LTDA
Endereço: Folha 32, quadra especial, Lote 10 – Nova Marabá – CEP:
68.508-310 Marabá – Pará - Telefone: (94) 2122-0290 CNPJ:
07.962.437/0001-55

7. CRONOGRAMA

| Ações | 2024 | | | | | | | |
|--------------------------------------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | JAN | FEV | MAÇ | ABR | MAI | JUN | JUL | AGO |
| Revisão bibliográfica | | X | X | X | X | | | |
| Cadastrar na Plataforma Brasil | | X | | | | | | |
| Realizar entrevista com familiares | | | | | | X | X | |
| Análise qualitativa de dados | | | | | | | X | X |
| Avaliação dos resultados e discussão | | | | | | | X | X |
| Escrita do artigo | | | | | | | X | X |
| Submissão em revista científica. | | | | | | | | |

FACIMPA – FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DO PARÁ

IPEC – Instituto Paraense de Educação e Cultura LTDA

Endereço: Folha 32, quadra especial, Lote 10 – Nova Marabá – CEP: 68.508-310 Marabá – Pará - Telefone: (94) 2122-0290 CNPJ:

07.962.437/0001-55

8. ORÇAMENTO

| DESCRIPTIVO | Qt. | VALOR UNITÁRIO/ TOTAL R\$ | JUSTIFICATIVA |
|---|-----|------------------------------|--|
| CAPITAL | | | |
| EQUIPAMENTOS E MATERIAIS PERMANENTES | | | |
| Impressora laser/Multifuncional | 1 | R\$ 1.700,00 | Para imprimir o material necessário para execução das atividades, como questionários, roteiros de entrevistas, e TCLEs. |
| HD Externo | 1 | R\$ 350,00 | Para armazenamento dos dados coletados. |
| Gravador digital | 3 | R\$ 945,00 | Para coletar e armazenar dados da pesquisa. |
| Notebook (Intel Core i7, 16Gb) | 1 | R\$ 5.500,00 | Para realização de estatística, para a realização das análises. Para executar as atividades de catalogação, digitações, armazenamento, tabulação e construção de instrumentos, textos e outros, além de apresentação de atividades do projeto. |
| | | Sub-Total | R\$ 8.495,00 |
| CUSTEIO | | | |
| Material de escritório | 10 | R\$ 300,00 | Papel, canetas, pranchetas, cliques, grampos. |
| Tonner para impressora. | 5 | R\$ 800,00 | Para imprimir material necessário para execução das atividades. |

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, editors. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
2. Hiany N, Vieira MA, Gusmão ROM, Barbosa SF. Perfil Epidemiológico dos Transtornos Mentais na População Adulta no Brasil: uma revisão integrativa. Rev Enferm Atual In Derme [Internet]. 2020 Apr 4 [cited 2023 May 12];86(24). <https://doi.org/10.31011/reaid-2018-v.86-n.24-art.676>
3. Saúde mental. 1a. edição. Brasília, DF: Editora MS; 2013.
4. Giacomini K, Alexandre LA, Rotoli A, Pinheiro JM. Desafios da família no cuidado da pessoa com transtorno mental: uma revisão integrativa. Research, Society and Development [Internet]. 2022 Apr 23 [cited 2023 May 22];11(6): e13311628816–e13311628816. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i6.28816>
5. Wink MA, Klafke T. A Doença mental no contexto familiar: a difícil tarefa de conviver com a diferença. Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas [Internet]. 2020 [cited 2023 May 13];5(10):24–43.
6. Rotoli A, Silva MRSD. A família no processo de reinserção social da pessoa com transtorno mental: percepção dos profissionais da atenção básica. RSD [Internet]. 2020 Jul 18 [cited 2023 May 27];9(8):e476985649. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5649>
7. Figueroa De Albuquerque Aymar ML, Maria Francisco M, Alves Feitoza De Andrade I, Scolfield Rodrigues Da Silva L, Maria Da Silva Simões E, Rosal Lopes Da Cruz R. Desafios da família cuidando da pessoa com transtorno mental. Nursing (São Paulo) [Internet]. 2021 Dec 10 [cited 2023 May 22];24(283):6717–30. <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i283p6717-6730>
8. Sampaio ML, Bispo Júnior JP. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. Trab educ saúde [Internet]. 2021 Jan [cited 2023 May 23];19:e00313145. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00313>
9. Ramos AC, Calais SL, Zotesso MC. Convivência do familiar cuidador junto a pessoa com transtorno mental. ctc [Internet]. 2019 Apr 8 [cited 2023 May 12];12(1):282–302. <https://doi.org/10.4013/ctc.2019.121.12>

10. Domício Sousa AMB, Sousa CFD, Nogueira MJC, Oliveira MSBD. Atenção Familiar no Cuidado em Saúde Mental: Quem Cuida do Cuidador? PsicoFAE [Internet]. 2022 [cited 2023 May 12];11(1):59–71. <https://doi.org/10.55388/psicofae.v11n1.250>
11. Oliveira Lima L, Silva Souza R, Naves dos Santos B. O Contexto Familiar e sua Influência no Desenvolvimento do Transtorno de Conduta. 2021 [citado em 2023 em 22 de maio];
12. Castelo Branco FMF, Silva JBD, Dutok CMS, Branco Neto TC. Percepção dos familiares de pessoas com esquizofrenia acerca da doença. Acervo Saúde [Internet]. 2019 Jul 18 [cited 2023 May 17];11(12):e944. <https://doi.org/10.25248/reas.e944.2019>
13. Rosso E, Nimitz MA, Paes MR, Ignácio MMDM, Maftum MA, Alcantara CBD. Vivência de familiares de crianças com transtornos mentais. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2020 May 28 [cited 2023 May 11];10: e36. <https://doi.org/10.5902/2179769237292>
14. Marques AG, Zechmeister LAM, Farias R, Silva MDM. Contexto familiar e a presença de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em crianças: revisão sistemática. TeS [Internet]. 2021 [cited 2023 May 17];21(2):5–21. <https://doi.org/10.29327/213319.21.2-1>
15. Bagaiolo LF, Pacífico CR, Moya ACC, Mizael LDF, Jesus FSD, Zavitoski M, et al. Capacitação parental para comunicação funcional e manejo de comportamentos disruptivos em indivíduos com Transtorno do Espectro Autista. Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento [Internet]. 2018 [cited 2023 May 17];18(2). <https://doi.org/10.5935/cadernosdisturbios.v18n2p46-64>
16. Tavares JMAD, Campos EO, Lopes RB, Moreira RS, Moura FCD, Coqueiro NFR, et al. Fatores de risco e prevenção dos transtornos de ansiedade na adolescência: uma revisão narrativa. Acervo Saúde [Internet]. 2022 Nov 30 [cited 2023 May 17];15(11): e11353. <https://doi.org/10.25248/reas.e11353.2022>
17. Xavier CR, Dias E de A, Quintilio MSV. O relacionamento familiar com adolescentes depressivos. Revista de Iniciação Científica e Extensão [Internet]. 2021 Jun 9 [cited 2023 May 17];4(1):518–25.
18. Flôr SPC, Flôr SMC, Torres FJR, Silva M da CA, Aguiar LC de, Fialho ML de S, et al. Impactos do transtorno de ansiedade em adolescentes: uma revisão da literatura. Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento [Internet]. 19 de novembro de 2022 [citado em 22 de maio de 2023];11(15):e437111537344–e437111537344. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i15.37344>

FACIMPA – FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DO PARÁ

IPEC – Instituto Paraense de Educação e Cultura LTDA

Endereço: Folha 32, quadra especial, Lote 10 – Nova Marabá – CEP:

68.508-310 Marabá – Pará - Telefone: (94) 2122-0290 CNPJ:

07.962.437/0001-55

19. Folquito Jorge Miziara D, Aparecida Nimtz M, Prette Kuznier T, Moura D'Almeida Miranda F, Regina Rossi Kissula Souza S, Dirclair Huf Bais D, et al. História de Familiares sobre o Cuidado da Pessoa com Dependência Química. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2022 Aug 17 [cited 2023 May 26];(27):1–11. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.81050>
20. Andrade JJDC, Silva ACO, Frazão IDS, Perrelli JGA, Silva TTDM, Cavalcanti AMTS. Funcionalidade familiar e sobrecarga de cuidadores familiares de usuários com transtornos mentais. *Rev Bras. Enferm* [Internet]. 2021 [citado em 15 de maio de 2023];74(5):e20201061. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-106>
21. Treichel CADS, Jardim VMDR, Tomasi E, Kantorski LP, Oliveira MMD, Coimbra VCC. Transtornos psiquiátricos menores em familiares cuidadores de usuários de Centros de Atenção Psicossocial: prevalência e fatores associados. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. fevereiro de 2020 [citado em 22 de maio de 2023];25(2):461–72. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.12532018>
22. Silva RP da, Feijó LP, Serralta FB. Perfil Sociodemográfico e Clínico dos Usuários de um Ambulatório de Saúde Mental. *Revista de Psicologia da IMED* [Internet]. 18 de agosto de 2021 [citado em 23 de maio de 2023];13(1):41–54. <https://doi.org/10.18256/2175-5027.2021.v13i1.3559>.
23. Campos IDO, Cruz DMCD, Magalhães YB, Rodrigues DDS. Escolaridade, trabalho, renda e saúde mental: um estudo retrospectivo e de associação com usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Física* [Internet]. 2021 [citado em 23 de maio de 2023];31(3): e 310319. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312021310319>
24. Silveira KL, Oliveira MM de, Alves PF. Transtornos psiquiátricos menores em usuários de substâncias psicoativas. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)* [Internet]. 31 de março de 2018 [citado em 22 de maio de 2023];14(1):28–36. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.000404>
25. Dourado DM, Rolim JA, Ahnerth NM de S, Gonzaga NM, Batista EC. Ansiedade e depressão em cuidador familiar de pessoa com transtorno mental. *ECOS - Estudos Contemporâneos da Subjetividade* [Internet]. 2018 Jul 6 [cited 2023 May 23];8(1):153–67.
26. Ahnerth NM de S, Dourado DM, Gonzaga NM, Rolim JA, Batista EC. “A Gente Fica Doente Também”: Percepção do Cuidador Familiar sobre o seu Adoecimento. *Gerai*: Revista Interinstitucional de Psicologia [Internet]. Janeiro de 2020 [citado em 13 de maio de 2023];13(1):1–20. <https://doi.org/10.36298/gerais2020130106>

FACIMPA – FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DO PARÁ

IPEC – Instituto Paraense de Educação e Cultura LTDA

Endereço: Folha 32, quadra especial, Lote 10 – Nova Marabá – CEP:

68.508-310 Marabá – Pará - Telefone: (94) 2122-0290 CNPJ:

07.962.437/0001-55

27. Nóbrega MDPSDS, Mantovani GDS, Domingos AM. Resources, objectives and guidelines in a Psychosocial Care Network structure. Rev Bras Enferm [Internet]. 2020 [cited 2023 May 27];73(1): e20170864. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0864>
28. Souza FPGD, Cardoso MDM, Pereira MLA, Giardini GDA, Santos CRD, Michel LD, et al. Saúde mental na grade curricular do curso de medicina em uma instituição de ensino superior: implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014. Acervo Saúde [Internet]. 27 de outubro de 2021 [citado em 27 de maio de 2023];13(10):e9038. <https://doi.org/10.25248/reas.e9038.2021>
29. Sampaio TB. Metodologia da Pesquisa. Santa Maria, RS: Ufsm; 2022
30. Bardin, L. (2011). Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70
31. BORBA, L. O. 2010. Vivência familiar de tratamento da pessoa com transtorno mental em face da reforma psiquiátrica. Curitiba, PR. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Paraná - UFPR, 183 p.
32. 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
33. ELVIRA, M.; MARIA, M.; RAFAEL GOMES FIRMINO. RELIGIOSIDADE E SAÚDE MENTAL: VISÃO DE EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, v. 12, n. 33, p. 16–40, 22 dez. 2020.
34. DE OLIVEIRA BORBA, L. et al. Artigo Original. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a09v21n4.pdf>>. Acesso em: 7 jun. 2024.
35. BALTAZAR, D. V. SILVA, C. O. O que a saúde mental tem a ver com religiosidade? Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Florianópolis, v. 6, n. 14, p.75-97, 2014.
36. Moreira-Almeida, A. (2009) Espiritualidade & Saúde Mental: O desafio de reconhecer e integrar a espiritualidade no cuidado com nossos pacientes. Zen Review, 1-6. Disponível em: http://www.espiritualidades.com.br/Artigos/M_autores/MOREIRA-ALMEIDA_Alexander_tit_Espiritualidade_e_Saude_Mental.pdf
37. ZANETTI, Ana Carolina Guidorizzi et al. Intervenções familiares em pacientes no primeiro episódio psicótico: evidências da literatura. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 2971-2978, 2017.

38. Mayara Silva Souza A, Aires Pontes S. As diversas faces da perda: o luto para a psicanálise. ARP [Internet]. 1º de julho de 2016 [citado 14º de junho de 2024];5(9):69-85. Disponível em:
<http://www.seer.ufsj.edu.br/analytica/article/view/2043>
39. Rocha, F. L., Hara, C., & Paprocki, J. (2015). Doença mental e estigma. *Revista médica de Minas Gerais*, 25(4), 590-596.
40. Martins, Pedro Pablo Sampaio, Guanaes-lorenzi, Carla. (2017). Participação da família no tratamento em saúde mental como prática no cotidiano do serviço. *Psicologia: teoria e pesquisa*,32, 2017.
36. Bezerra, I. C., Jorge, M. S. B., Gondim, A. P. S., Lima L. L., & Vasconcelos, M. G. F. (2014) "Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. *Interface - Comunicação Saúde Educação*; 18 (48): 61-74.
37. Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial da Saúde (2021). Folha informativa COVID-19 - Escritório da OPAS e da OMS no Brasil. Brasília: OPAS/OMS dos profissionais da atenção básica. *Research, Society and Development*, 9(8).
38. Carrara, G. L. R., Moreira, G. M. D., Facundes, G. M., Pereira, R. S. & Baldo, P. L. (2015). Assistência de enfermagem humanizada em saúde mental: uma revisão da literatura. *Revista Fafibe On-line*,8 (1), 86-107

APÊNDICE A

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DO PARÁ – FACIMPA “DIFICULDADES ENFRENTADAS POR CUIDADORES DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL”

Prezada Senhor(a) _____

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a) da pesquisa sobre: Sua participação não é obrigatória, e a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar a sua permissão para a pesquisa. Sua recusa não trará nenhum prejuízo ou penalização em sua relação com o pesquisador, do mesmo modo que não causará nenhum prejuízo ao seu cuidado.

Caso aceite participar do estudo você receberá uma cópia deste termo que está em duas vias de igual teor, previamente rubricada e assinada pelo pesquisador responsável, onde consta o telefone e endereço do pesquisador responsável e do Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação antes e durante a pesquisa.

O projeto para realização desta pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos que é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. De modo a garantir e proteger os direitos, a integridade, a dignidade, a segurança e o bem-estar dos voluntários da pesquisa. Além disso, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos contribui para a qualidade das pesquisas e para a discussão do papel da pesquisa no desenvolvimento institucional e no desenvolvimento social da comunidade.

Objetivo da pesquisa: Conhecer as dificuldades enfrentadas pelas famílias de pessoas com transtorno mental do Centro de Atenção Psicossocial de Marabá-PA.

Procedimentos: A sua participação consiste em responder a perguntas que possuem como conteúdo informações pessoais e acontecimentos do cotidiano da vida do participante. Você poderá se recusar a responder as perguntas que considere constrangedoras ou provocar algum desconforto durante a entrevista, podendo inclusive retirar a sua permissão para o estudo. Além disso, se for de acordo, solicitamos a vossa senhoria, a autorização para o uso da imagem, que será

documentada durante o momento da entrevista, para a construção deste projeto. Uma vez de acordo, assino este documento em teor de duas vias, e permito a divulgação conforme as diretrizes, já dita anteriormente.

Desconfortos, riscos possíveis e benefícios esperados: Os riscos da sua participação são próprios às recordações e sentimentos provocados pelas perguntas. Se você mobilizar muitas emoções e/ou quiser será ofertado apoio psicológico junto ao serviço. Os benefícios que serão adquiridos com esta pesquisa justificam sua realização, tanto para melhorar a qualidade do cuidado à saúde de pacientes com câncer, quanto para a construção de novos (e outros) conhecimentos relacionados a esta temática a nível local, regional e nacional.

Despesas e indenização: Você não terá nenhum custo ao participar da pesquisa, sendo que você também não receberá nenhuma remuneração pela sua colaboração.

Plano de divulgação dos resultados e garantia do sigilo: os resultados serão utilizados na elaboração de trabalhos científicos, jornadas, congressos e publicações em revistas de saúde pública, sendo garantido o sigilo que garante a sua privacidade, quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

Caso tenha dúvidas ou desejar obter informações sobre o desenvolvimento da pesquisa, você poderá entrar em contato com os pesquisadores através dos seguintes endereços: PESQUISADOR RESPONSÁVEL: **Folha 32, quadra especial 10 - Vila Militar Pres. Castelo Branco, 68508-030. Marabá – Pará.**

Telefone:

(94) 98441-5335. Falar com o Prof. Me. **Wherveson de Araujo Ramos.**

(94) 98421-3108. Falar com pesquisador (a) **Ana Vitorya Ferreira dos Santos**

(93) 99148-4762. Falar com pesquisador(a) **Camila De Assis França**

(94) 98187-6962. Falar com pesquisador(a) **Marianny Freitas Mariano**

(93) 99118-4850. Falar com pesquisadora(a) **Marcela Rodrigues Melo**

Marabá-PA, _____ de _____ 2024.

Ciente e de acordo:

Assinatura do sujeito participante

Assinatura do pesquisador responsável

FACIMPA – FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DO PARÁ
IPEC – Instituto Paraense de Educação e Cultura LTDA
Endereço: Folha 32, quadra especial, Lote 10 – Nova Marabá – CEP:
68.508-310 Marabá – Pará - Telefone: (94) 2122-0290 CNPJ:
07.962.437/0001-55

ANEXO A

| AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA | |
|--|--|
| <p>1. Nome (iniciais):</p> <p>2. Idade:</p> <p>3. Sexo: M [] F []</p> <p>4. Estado Civil: Casado (a) [] Solteiro (a) [] Viúvo (a) [] Separado (a) []</p> <p>5. Raça: Branco [] Preto [] Indígena [] Pardo []</p> <p>6. Renda mensal: Menos de 1 salário [] 1 a 2 salários [] 3 a 4 salários [] 5 ou mais []</p> <p>7. Dependentes da renda: _____</p> <p>8. Local de procedência: _____</p> <p>9. Residência: Própria [] Alugada [] Cedida [] Outro [] Qual? _____</p> <p>10. Tem filhos? Sim [] Não [] Quantos: _____</p> <p style="text-align: center;">11. Ocupação do indivíduo:</p> Desempregado [] Pensionista [] Trabalhador autônomo [] Do lar [] Outro [] Qual: _____ | <p>12. Quem é o cuidador do paciente em casa? Esposa (o) [] Filho (a) [] Mãe [] Avós [] Parentes [] Pais [] Vizinho [] Sozinho []</p> <p>13. Quem acompanha o paciente durante as consultas e/ou outras atividades? Esposa (o) [] Filho (a) [] Mãe [] Avós [] Parentes [] Pai [] Vizinho [] Sozinho []</p> <p>14. Meio de transporte utilizado para ir às consultas: Carro próprio [] Lotação [] Ônibus [] Moto [] Transporte da prefeitura [] Paga conhecido para trazê-lo []</p> <p>15. Recebe ajuda financeira de alguém? Familiares [] Prefeitura [] Amigos [] Não recebe []</p> |
| PERGUNTAS ABERTAS | |
| <p>16. Para você, o que é doença mental?</p> <p>17. Como foi a descoberta da doença de seu familiar/ usuário?</p> <p>18. Como isto afetou sua vida e de sua família?</p> <p>19. No momento, como você lida com a doença dele (a)?</p> <p>20. Qual o diagnóstico do seu familiar?</p> <p>21. Quais as estratégias que você e sua família utilizam para inclusão do seu familiar na sociedade?</p> | |

ANEXO B

| | |
|--|---|
| Ocorrência de 4 (quatro) ou mais | Fase intermediária em que o organismo procura o retorno ao equilíbrio. Apresenta-se desgastante, com esquecimento, cansativa e duvidosa. Pode ocorrer nesta fase a adaptação ou eliminação dos agentes estressantes e conseqüente reequilíbrio e harmonia ou evoluir para a próxima fase em conseqüência da não adaptação e/ou eliminação da fonte de estresse. |
| Na ocorrência de 7 (SETE) ou mais | É a fase de contato com a fonte de estresse, com suas sensações típicas na qual o organismo perde o seu equilíbrio e se prepara para enfrentar a situação estabelecida em função de sua adaptação. São sensações desagradáveis, fornecendo condições para reação à estas sendo fundamentais para a sobrevivência do indivíduo. |
| Na ocorrência de 9 (nove) ou mais | Fase "crítica e perigosa", ocorrendo uma espécie de retorno a primeira fase, porém agravada e com comprometimentos físicos em formas de doenças. |

ANEXO B (CONT.)

| | INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS DE LIPP | |
|--------------------------------------|---|--|
| FASE I – ALERTA (alarme) | Fase II – RESISTÊNCIA (luta) | Fase III - Exaustão (esgotamento) |
| SINTOMAS NAS ÚLTIMAS 24 HORAS | SINTOMAS NO ÚLTIMO MÊS | SINTOMAS NOS ÚLTIMOS 3 (TRÊS) MESES |
| Mãos e pés frios | Problemas com a memória, esquecimento | Diarreias frequentes |
| Boca seca | Mal-estar generalizado, sem causa | Dificuldades Sexuais |
| Nó ou dor no estomago | Formigamento extremidades (pés/mãos) | Formigamento extremidades (mãos/pés) |
| Aumento de sudorese (muito suor) | Sensação desgaste físico constante | Insônia |
| Tensão muscular (dor muscular) | Mudança de apetite | Tiques nervosos |
| Aperto na mandíbula/ranger de dente | Surgimento de Problemas dermatológicos (pele) | Hipertensão arterial confirmada |
| Diarreia passageira | Hipertensão arterial (pressão alta) | Problemas dermatológicos prolongado |
| Insônia, dificuldade para dormir | Cansaço Constante | Mudança extrema de apetite |
| Taquicardia (batimentos acelerados) | Gastrite prolongada(queimação, azia) | Taquicardia (batimento acelerado) |
| Respiração ofegante, entrecortada | Tontura-sensação de estar flutuando | Tontura frequente |
| Hipertensão súbita e passageira | Sensibilidade emotiva excessiva | Úlcera |
| Mudança de apetite, pouco ou muito | Dúvidas quanto a si próprio | Impossibilidade de Trabalhar |
| Aumento súbito de motivação | Pensamentos sobre um só assunto | Pesadelos |
| Entusiasmo súbito | Irritabilidade excessiva | Sensação incompetência todas áreas |
| Vontade súbita de novos projetos | Diminuição da libido (desejo sexual) | Vontade de fugir de tudo |