

**CURSO DE PSICOLOGIA**

Jéssica Bianchini Neves

**INTERNOU, E AGORA? QUESTÕES FAMILIARES DE QUEM CONVIVE COM  
PACIENTES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO.**

Santa Cruz do Sul

2018

Jéssica Bianchini Neves

**INTERNOU, E AGORA? QUESTÕES FAMILIARES DE QUEM CONVIVE COM  
PACIENTES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO.**

Trabalho de Curso apresentado ao Curso de Psicologia da  
Universidade de Santa Cruz do Sul- UNISC.

Orientadora: Prof. Ma. Teresinha Eduardes Klafke

Santa Cruz do Sul

2018

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais Isabel Cristina e Nei, a minha avó materna Lourdes pelo apoio financeiro e principalmente emocional. Pelas palavras de carinho e incentivo nos diversos momentos de cansaço e desânimo principalmente nesses últimos dois anos de graduação. Serei eternamente grata pelos momentos de compreensão diante da minha impaciência.

Ao meu namorado, Gabriel pelo amor e companheirismo no decorrer desses oito anos de namoro. Pelos momentos de descontração, amor e carinho que foram essenciais para que esse momento chegasse com mais leveza.

Aos demais familiares e amigos, que souberam compreender a minha ausência nos momentos mais importantes da vida deles, pelo apoio, palavras de incentivo e animação naqueles momentos onde o cansaço me tomava conta.

À minha orientadora, professora Teresinha Klafke, pela dedicação nas orientações e pelos ensinamentos no decorrer desse trabalho. Grata pela paciência e confiança em mim depositada.

Aos colegas, professores e profissionais no quais tive contato desses 10 anos de graduação, meu muito obrigado pelas trocas de experiências, pelos momentos repletos de carinho.

Ao hospital que possibilitou a realização dessa pesquisa na instituição, e que se manteve sempre de portas abertas, para eventuais dúvidas.

## RESUMO

A internação hospitalar em saúde mental, geralmente manifesta diversos sentimentos e pensamentos tanto no paciente como na sua família. É uma situação que gera estresse e ansiedade para ambos, e tende a mudar a rotina familiar exigindo que ela se reorganize frente a possibilidade de uma internação. Diante de tal realidade, buscou-se conhecer a estrutura familiar do paciente antes e durante a internação em saúde mental, verificando se a família utiliza alguma rede de apoio nesse período. Para tanto, este estudo foi realizado através de uma pesquisa qualitativa, na qual participaram dez familiares de pacientes internados em uma ala de saúde mental de um hospital geral do interior do estado do Rio Grande do Sul. Os dados coletados foram analisados através da análise de conteúdo de acordo com a proposta de Bardin (1977). A partir dessa análise, verificou-se que a estrutura da família é diretamente afetada frente ao diagnóstico da doença mental, referindo um desconforto com relação a não saber lidar com o estado de doença do seu ente querido bem como o estigma apresentado pela sociedade que apresenta um preconceito em torno da doença. As relações familiares se alteram, principalmente quando o portador de sofrimento psíquico se torna completamente dependente, financeira e emocionalmente, gerando com isso uma sobrecarga familiar e um possível adoecimento nos demais membros, já que a família precisa se reestruturar assumindo mais de um papel social dentro das relações. Também se constatou a importância que os familiares dão para a rede de apoio informal, encontrando na religião, nos amigos e nos vizinhos uma assistência e um amparo emocional essencial para se sentirem seguros nos momentos difíceis. Conhecer as relações dessas famílias, seus medos e formas de lidar com a doença mental se mostrou relevante na medida em que, a partir dessa pesquisa, possam ser pensadas novas estratégias de acolhimento para as famílias e doentes, a fim de minimizar o sofrimento emocional e psicológico de ambos.

Palavras-chave: Saúde mental, Internação psiquiátrica, Família, Rede de apoio informal.

## **ABSTRACT**

The hospital hospitalization in mental health usually manifests diverse feelings and thoughts both in the patient and in his family. It is a situation that generates stress and anxiety for both, and tends to change the family routine requiring that it reorganize in the face of the possibility of a hospitalization. Faced with this reality, we sought to know the family structure of the patient before and during the hospitalization in mental health, verifying if the family uses some support network in that period. Therefore, this study was carried out through a qualitative research, in which ten relatives of patients hospitalized in a mental health ward of a general hospital in the state of Rio Grande do Sul participated. The data collected were analyzed through the analysis of content according to the proposal of Bardin (1977). From this analysis, it was verified that the structure of the family is directly affected by the diagnosis of the mental illness, referring a discomfort in relation to not knowing how to deal with the state of illness of their loved one as well as the stigma presented by the society that presents a prejudice around the disease. The family relations change, especially when the sufferer of the psychic suffering becomes completely dependent, financially and emotionally, generating with it a family overload and possible illness in the other members, since the family needs to be restructured assuming more of a social role within of relationships. The importance of family support for the informal support network was also discussed, finding in religion, friends and neighbors an essential emotional assistance and support in order to feel secure in difficult times. Knowing the relationships of these families, their fears and ways of dealing with mental illness has proved relevant insofar as, from this research, new strategies of reception for families and patients can be devised, in order to minimize the emotional and psychological suffering of both.

**Keywords:** Mental health, Psychiatric hospitalization, Family, Informal support network.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>6</b>
<b>3.1</b>	<b>Da reforma psiquiátrica .....</b>	<b>6</b>
<b>3.2</b>	<b>Histórico das famílias e suas atualidades.....</b>	<b>8</b>
<b>3.3</b>	<b>Família, doença mental e hospitalização.....</b>	<b>10</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS.....</b>	<b>14</b>
<b>4.1</b>	<b>A família diante do sofrimento psíquico. ....</b>	<b>14</b>
<b>4.1.1</b>	<b>A negação e tabu da doença mental .....</b>	<b>15</b>
<b>4.1.2</b>	<b>As relações dentro da família .....</b>	<b>15</b>
<b>4.1.3</b>	<b>A dependência financeira e questões relacionadas ao trabalho do doente mental .</b>	<b>16</b>
<b>4.2</b>	<b>A (Re) organização daqueles que ficam em casa e seus sentimentos ambivalentes</b>	<b>18</b>
<b>4.2.1</b>	<b>Remanejando os afazeres domésticos.....</b>	<b>18</b>
<b>4.2.2</b>	<b>Sentimentos confusos .....</b>	<b>19</b>
<b>4.3</b>	<b>A guarida da família em saúde mental.....</b>	<b>19</b>
<b>4.3.1</b>	<b>A religião como auxílio aos familiares.....</b>	<b>20</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>23</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>24</b>
	<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>27</b>
	<b>APÊNDICE B – Roteiro entrevista semiestruturada .....</b>	<b>28</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Cada sujeito é único e age de diferentes formas frente a sua hospitalização, e sua família também responde de diferentes maneiras diante desse processo, pois é ela quem acompanha o sofrimento desse paciente, e apresenta diversas questões por ter que realizar o cuidado desse, que por alguma circunstância teve que passar por um processo de internação em saúde mental.

As transformações no campo de assistência a saúde mental, vêm provocando mudanças nas modalidades de cuidado, entre a família e o paciente portador de sofrimento psíquico. A família que antes era culpabilizada pelo adoecimento psíquico, hoje passou a ser posicionada como um dos eixos principais para a reabilitação psicossocial desse sujeito, assumindo o papel de protagonista, entretanto, percebemos inúmeras dificuldades diante dessa nova função a ser assumida pela família, que geralmente está imersa em diversas situações conflitantes.

Segundo Trad (2010), a família agrega sentimentos e significados associando o adoecimento mental do seu familiar a determinantes da própria convivência, como se ela assumisse uma responsabilidade pela causa da doença mental. Nesse sentido, as práticas em saúde mental diante da reforma psiquiátrica indicam o reconhecimento da participação do familiar no projeto terapêutico do paciente, incluindo desta forma as famílias no tratamento dos pacientes. Destaca-se o momento da internação em saúde mental como sendo um período que desestabiliza a estrutura familiar do paciente, e esta por algum motivo procura amparo na rede de apoio informal.

Durante o Estágio Integrado em Psicologia I e II feito em uma instituição hospitalar, me questionei a buscar a compreensão de como as famílias se organizam frente a uma internação psiquiátrica. Sabe-se da importância do apoio familiar no processo de reabilitação psicossocial do sujeito, diante disso a assistência prestada para a família, durante o período da internação hospitalar influencia na melhora desse paciente.

Diante disso, este trabalho buscou conhecer a estrutura familiar do paciente antes e durante a internação em saúde mental, em específico como acontecem as formas de organização das famílias durante o período de internação do paciente, como também conhecer a rede de apoio que as famílias utilizam durante esse período.

Destaca-se o momento da internação em saúde mental como sendo um período que desestabiliza a família do paciente. É ouvindo esses familiares, dando-lhes voz para que falem das suas angústias diante desse momento e conhecendo suas fragilidades, que podem ser pensadas estratégias que abrangem a família durante o período da internação.

## 2 METODOLOGIA

Esse estudo foi realizado através de uma pesquisa qualitativa, a qual Creswell (2010) descreve como uma das formas de entender as múltiplas realidades, diante das percepções e experiências vividas pelo entrevistado. É um modo de investigar e compreender o significado atribuído pelos entrevistados frente aos aspectos sociais e humanos, a partir de questões que emergem no ambiente do entrevistado, facilitando assim a análise dos dados coletados e a interpretação dos mesmos.

Desta forma, essa pesquisa resulta em uma pesquisa fundamentalmente interpretativa, onde o pesquisador faz a interpretação dos dados, seguida da análise de conteúdo a fim de identificar temas ou categorias, realizando posteriormente a interpretação e/ou conclusões a cerca dos significados trazidos pelos entrevistados.

A pesquisa foi realizada em uma instituição hospitalar, na qual a disponibilidade de acesso foi facilitada devido a entrevistadora já ter feito parte da equipe de saúde, como também pela instituição se interessar pelo assunto. A gestão do hospital foi contatada previamente e autorizou a realização da mesma de imediato. O início da pesquisa ocorreu após análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE número 80587017.5.0000.5343).

Optou-se, então, em realizar a pesquisa com dez familiares de pacientes que estavam internados na ala de saúde mental desse hospital no período de 15 a 30 de janeiro de 2018. A escolha por essa quantidade de entrevistados ficou em dez, pois no mês de janeiro o número de internações é menor. Foram considerados como critérios de inclusão, para a participação na pesquisa, familiares maiores de 18 anos de idade, de ambos os sexos, que estavam de acompanhante ou visitante do paciente internado e que autorizaram sua participação mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ressalta-se que, todos os participantes, bem como o hospital, tiveram suas identidades mantidas em sigilo, e receberam, ainda, a garantia de anonimato com relação às respostas fornecidas.

Participaram dessa pesquisa, sete familiares do sexo feminino e três familiares do sexo masculino, com idades variando entre 43 e 75 anos. Destes, três são mães dos pacientes, dois maridos, uma esposa, um filho, uma sobrinha, uma cunhada e uma ex-cunhada.

Quanto aos motivos de internação observou-se que três pacientes estavam internados para desintoxicação de uso de drogas, um para desintoxicação de uso abusivo de álcool, dois



por tentativa de suicídio por ingesta medicamentosa, dois para ajuste de medicação com diagnóstico de depressão e dois por surto psicótico.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas e ocorreu, enquanto que o familiar estava acompanhando ou visitando o paciente internado na ala de saúde mental da instituição hospitalar. Optou-se pela realização das entrevistas ao término do encontro do grupo de familiares que acontece na instituição uma vez por semana, a fim de mostrar para os familiares que a entrevistadora integrava a equipe de saúde, facilitando assim o vínculo entre entrevistado e entrevistador.

Após o contato inicial, os participantes foram convidados a participar dessa pesquisa, e então foi explicitado o processo de pesquisa, seus objetivos e o meio de coleta dos dados. O participante teve a liberdade de optar pela sua cooperação na pesquisa e, aqueles que aceitaram, autorizaram sua participação mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A).

O método de coleta de dados utilizado consistiu em um encontro entre o pesquisador e o participante da pesquisa, por meio de uma entrevista semiestruturada, que consistiu em perguntas abertas, a fim de possibilitar ao entrevistado discorrer sobre o tema em evidência (MINAYO, 2014). Para tanto, foi utilizado um roteiro (ANEXO B) com questões norteadoras que envolveram os seguintes eixos: Eixo A: dados sobre a internação Eixo B: aspectos sobre os papéis dentro da organização familiar; Eixo C: Aspectos diante do papel do paciente na família; Eixo D: Aspectos sobre a organização familiar durante o período da internação.

Esse tipo de entrevista possibilitou tanto respostas diretas quanto respostas abertas e subjetivas. Os participantes tiveram autonomia para responder cada questionamento no sentido que considerassem adequados. Por se tratar de um roteiro semiestruturado, foi possível que durante a entrevista acrescentem-se questões. Diante disso, ressalta-se a importância ética da neutralidade, na medida em que a pesquisadora não direcionou a resposta que gostaria de ouvir, uma vez que, trata-se de uma pesquisa que envolve a subjetividade dos participantes. A entrevista foi gravada em meio eletrônico e posteriormente transcrita.

Após a transcrição das respostas fornecidas pelos participantes, foi realizada uma análise dos dados por meio da técnica de Análise de Conteúdo, que corresponde a um conjunto de instrumentos metodológicos de investigação científica, iniciando pela categorização temática ou semântica, na qual temas semelhantes das falas dos participantes foram agrupados na mesma seção. A categorização foi realizada por meio da fragmentação do texto em unidades segundo classificações analógicas. Esse procedimento aconteceu através da

etapa do inventário, na qual se isolam os elementos, para em seguida arranjar a classificação, dos componentes a fim de organizar as informações coletadas (BARDIN, 1977).

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Da reforma psiquiátrica

O movimento da reforma psiquiátrica no Brasil inicia no final da década de 70, sendo o principal motivo dessa reforma o fato de alguns trabalhadores da saúde mental, realizaram graves denúncias de maus tratos sobre o modelo de tratamento utilizado com os pacientes. Esse movimento trouxe propostas para a reformulação do sistema assistencial e consolidou o pensamento crítico frente o saber psiquiátrico tradicional. Com ele tivemos muitos avanços e conquistas relacionados aos modos de atenção dispensados aos ditos “loucos”. A visão da sociedade, a forma de realizar o tratamento, a vivência do paciente com a sua família, entre tantas outras, se modificaram a partir de então (PIMENTA; ROMAGNOLI, 2008).

A nova política de saúde mental objetivava mudanças no modelo de atenção e gestão das práticas de saúde, em defesa da saúde coletiva e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde. Mas assim como aconteceram alguns avanços também tiveram algumas limitações diante do processo de desconstrução do modelo manicomial.

Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avançava, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005 p.6).

Santin e Klafke (2011) citam que as principais mudanças, foram geradas pela implantação dos novos serviços de atenção à saúde mental relacionada com a cidadania dos usuários, atenuando a valorização da inserção dos familiares no tratamento e no processo de desmistificação da loucura junto à comunidade.

Segundo Gonçalves e Sena (2001), esperava-se que a reforma psiquiátrica resgatasse ou estabelecesse a cidadania do doente mental, a fim de respeitar a sua subjetividade tornando-o sujeito do seu próprio tratamento, sem que tenha a ideia de cura como seu único horizonte, fazendo assim com que ele tenha sua própria autonomia e a sua reintegração na família e também na sociedade.

No ano de 1978 o início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil. Em 1988, foi criado o SUS – Sistema Único de Saúde, sob o poder de controle social, exercido através dos “Conselhos Comunitários de Saúde”. E no ano seguinte

se deu a entrada no Congresso Nacional a um Projeto de Lei por Paulo Delgado que propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Conforme cita o autor acima, foi somente em 2001 que a Lei Paulo Delgado foi sancionada no Brasil, assim a Lei Federal 10.216 redirecionava a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, com uma rede integrada de atenção à saúde mental, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, porém não instituiu mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Foi no contexto da promulgação da lei 10.216 que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da reforma psiquiátrica, passou a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade.

A partir de então, a rede de atenção diária à saúde mental começou a experimentar uma importante expansão, passando a alcançar regiões de grande tradição hospitalar, onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente. Este processo caracteriza-se para efetivar a construção da transição de um modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, para um modelo de atenção aberta que consta com uma rede de serviços.

A Política Nacional de Saúde Mental baseou-se num modelo de atenção aberta e de base comunitária onde a proposta é garantir a livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade, com isso criou-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que estabelece alguns pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, sendo ela composta por: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); Centros de Convivência e Cultura, Unidade de Acolhimento (UAs), e leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais e nos CAPS III). A RAPS está inserida também na atenção básica, nos centros de Urgência e Emergência, como SAMU e UPA 24 horas (BRASIL, 2005).

Essa política reduziu os leitos psiquiátricos de longa permanência, incentivando que as internações psiquiátricas, quando se tornarem necessárias, acontecessem dentro dos hospitais gerais e que fossem de curta permanência. A RAPS composta por seus dispositivos permite que o paciente seja inserido na sua comunidade para trabalho, cultura e lazer (BRASIL, 2005).

Antes da reforma psiquiátrica o hospital era um espaço que não promovia o cuidado, mas levava ao esquecimento e a não autonomia, sendo visto como o único lugar possível para aqueles que eram portadores de transtorno mental. Após a reforma o hospital passa a ser mais um serviço da RAPS, onde se preconiza alguns casos em que possa haver a necessidade de

internação e é por isso que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) prevê a existência de leitos de saúde mental nos hospitais gerais (BRASIL, 2005).

A unidade de internação psiquiátrica (UIP) dentro do hospital geral passou a funcionar a fim de resguardar pacientes afetados por alguma doença mental que altere o seu funcionamento, seu juízo crítico, sua capacidade de conter impulsos e sua capacidade de controlar as suas condutas na iminência de expor o indivíduo a riscos severos a si mesmo ou a outra pessoa. É importante ressaltar que o que determina a indicação de internação é quando o paciente coloca em risco a si mesmo e a outras pessoas, e quando não há uma rede de cuidado extra-hospitalar que seja capaz de fazer esse cuidado, como, por exemplo, sua família ou rede de apoio (PACHECO et al., 2003).

Antes da reforma todos aqueles que não eram capazes de contribuir para o movimento da produção, comércio e consumo, eram encarcerados, sob a ideia de um controle social a tudo que fosse desviante. Os tratamentos utilizados com essas pessoas eram muito cruéis e desumanos. Após a Revolução Francesa, iniciou-se um processo de reabsorção dos encarcerados, que antes eram isolados em setores próprios dos Hospitais Gerais. Ainda sabe-se que a Revolução Francesa tornou-se um símbolo de transformação implantando os ideais de liberdade, igualdade e fraternidade (VALVERDE, 2010).

As famílias que haviam sido banidas do tratamento do doente mental e que eram apontadas como causadoras da doença acabam por terem que assumir a responsabilidade pelos pacientes. A privação no cuidado fazia parte do tratamento aos portadores de transtornos mentais antes da reforma psiquiátrica, os médicos eram considerados os únicos capazes de cuidar desses pacientes, entretanto a partir da reforma psiquiátrica, a família se tornou protagonista no decorrer do tratamento do doente mental (ALBUQUERQUE, 2010).

### **3.2 Histórico das famílias e suas atualidades**

A estrutura familiar atual, centrada na afeição e na intensificação das relações entre pais e filhos na privacidade de suas casas, é uma invenção relativamente recente na história ocidental, ganhando contornos mais nítidos a partir do século XVII na Europa (MELMAN, 2008).

Até metade do século XIX, o Brasil seguia os modelos familiares da Europa, onde agregados e aprendizes, encaminhados de outras famílias para fazerem diversos tipos de serviço, faziam parte do sistema familiar. A finalidade da família era a manutenção do nome,

as questões de herança e a substituição dos membros. Não existia separação entre a vida afetiva, profissional e social, todas essas coisas aconteciam dentro do sistema familiar. A família era uma unidade que tinha suas produções e consumo organizado na figura de um senhor, esse podendo ser pai, marido ou chefe. A figura masculina possuía poder sobre os demais, fazendo com que os outros obedecessem qualquer ordem dada por ele. A criação das crianças não era responsabilidade da família de origem, já que com certa idade ela era “adotada” por outra família para realizar trabalhos pesados. Isso acontecia para que a criança aprendesse valores e cultura, porém fazia com que a intimidade familiar não existisse. As crianças saíam de casa muito cedo fazendo com que a proximidade entre pais e filhos não acontecesse. Outro fator era a mortalidade infantil, que era frequente na época e também fazia com que os pais tivessem medo de se apagar aos filhos (MELMAN, 2008).

Segundo Turkenicz (2013) os vínculos familiares, além de abrigarem as relações de parentesco, também se estendiam para a política e para a economia. Foi a partir do século XX que a família se tornou responsável pela educação moral de seus filhos, e isso se deu pela mudança de valores da sociedade em relação a sexualidade e com isso a divisão dos papéis familiares. O homem passa a ser visto como provedor e protetor tendo que trabalhar e prover a casa financeiramente, sendo responsável por tomar todas as decisões de autoridade e a mulher deveria cuidar da educação e da moral dos filhos, além de cuidar do lar, sendo responsável por prestar amparo emocional a família. Portanto se estabeleceram a partir de então novas relações entre pais e filhos, onde a família é responsável pela honra, moral e pelo desenvolvimento infantil dos seus descendentes.

No decorrer dos anos a família passou por diversas modificações, sendo composta hoje por indivíduos que são vistos como seres biopsicossociais que estão inseridos no meio ambiente, com suas particularidades, fazendo parte de uma cultura, e essa família também deve ser compreendida dentro do contexto cultural ao qual pertence (HINTZ, 2001).

Quando pensamos na evolução da família, não podemos desconsiderar alguns aspectos que são fundamentais na evolução desta como: papéis familiares, relações entre os familiares, transmissão de valores, e o lugar que essa família ocupa na sociedade.

A partir da década de 1980 os papéis familiares passaram por algumas transformações, apesar de suas representações ainda estarem relativamente marcadas por modelos tradicionais, porém com entrada da mulher no mercado de trabalho, e sua maior participação no âmbito financeiro da família, acaba por apresentar uma nova estrutura familiar. Porém ainda existem famílias que seguem uma estrutura familiar tradicional, sendo o pai o único provedor de

dinheiro, e a mãe como única responsável pelas tarefas domésticas e pela educação dos filhos (WAGNER et al., 2005).

Nos dias atuais nos deparamos com diversos tipos de configurações familiares, sendo elas classificadas da seguinte forma:

- Família ampliada: constituída por vários membros da família, tais como: pais, irmãos, avós, tios, primos, e outros com os quais se tenha um contato mais diário.
- Família nuclear: constituída por dois adultos de sexo diferente e os respectivos filhos biológicos ou adotados.
- Famílias recompostas: constituídas por laços conjugais após o divórcio ou separações. É frequente a existência de filhos de casamentos ou ligações diferentes ocasionando meios-irmãos;
- Famílias monoparentais: constituídas pela mãe ou pelo pai e os filhos. São famílias advindas de divórcio, viuvez ou da própria opção dos progenitores, mães solteiras, adoção por parte das mulheres ou dos homens sós, recurso a técnicas de reprodução assistida, dentre outros.
- Famílias homossexuais: constituídas por duas pessoas do mesmo sexo com ou sem filhos. (DIAS, 2011).

Hintz (2001) fala que seja de que forma for à família sempre continuará sendo família, desde que sejam preservadas suas principais funções que são: vínculo matrimonial com o objetivo da satisfação sexual e a educação dos filhos.

### **3.3 Família, doença mental e hospitalização**

No curso natural do desenvolvimento de uma família, é esperado que ocorram crises que são despertadas pelas mudanças das passagens dos ciclos familiares, e essas crises dificultam a adaptação da família diante dessas dificuldades. Quando a família se vê atingida por alguma doença, é brusca a ruptura do seu cotidiano, e essa ruptura gera sentimentos de desproteção e desagregação, além da interrupção do curso da história da família (GONÇALVES; SENA, 2001).

A quebra da expectativa que algumas pessoas têm em relação ao processo de vida acontece quando o equilíbrio psíquico se desfaz. A acomodação desse evento patológico interpõe uma transformação nas vontades, sentimentos e atitudes para com o outro. A família quando se depara com o caso de um adoecimento mental na família, seja de um pai, mãe ou

filho, procura elementos que possam justificar ou explicar a ocorrência desse fato (TRAD, 2010).

O surto psicótico de um filho, de um irmão ou de um companheiro rompe e desorganiza a vida de muitas famílias. O evento representa de certa forma, o colapso dos esforços, o atestado da incapacidade de cuidar adequadamente do outro, o fracasso de um projeto de vida, o desperdício de muitos anos de investimento e dedicação. (MELMAN, 2008, p.23).

As possibilidades de enfrentamento diante desse diagnóstico estão condicionadas aos significados encontrados por todos os integrantes dessa família. A dimensão subjetiva de cada elemento familiar proporciona os limites e as possibilidades terapêuticas para esse paciente, pois muitas vezes não está bem claro para todos os familiares o diagnóstico desse familiar, e isso pode ser resultante de uma desarmonia, acarretando uma fragilidade nas ações que são necessárias para a adaptação psicossocial desse ser em sofrimento mental (TRAD, 2010).

Segundo Melman (2008), o processo de diagnóstico de doença mental e o processo de hospitalização, abala muito a vida de todos os integrantes da família desse paciente, o que acaba desencadeando mudanças significativas na forma de ver e estar no mundo, balançando certezas e instabilidades, na procura de respostas, para que possa se adaptar a essa nova realidade.

A hospitalização rompe abruptamente a trajetória de vida da família, impondo, de forma radical, uma necessidade de readaptação e de aquisição de novas tarefas e habilidades. Esse processo produz uma sobrecarga na família que muitas vezes, acaba comprometendo a saúde, a vida social, a disponibilidade financeira, a rotina doméstica, além de outros inúmeros comprometimentos (TRAD, 2010).

Melman (2008) ao se referir á internação de um dos membros da família afirma que:

Independentemente do tipo de parentesco entre o familiar responsável pelo cuidado e a pessoa doente, o padrão característico desse vínculo envolve uma grande intensificação das relações. As vivências em torno da doença mental refletem um investimento e um envolvimento maciço no vínculo (MELMAN, 2008, p.37).

A unidade familiar diante dos seus próprios objetivos, regras e padrões de relacionamentos é afetada diante do processo de hospitalização. O equilíbrio e os papéis que antes existiam, são afetados gerando um desequilíbrio no sistema familiar como um todo. Até a confirmação da doença, a estrutura da família que antes vivia em uma suposta harmonia, independente das suas fundações terem sido baseadas em cima da união ou do conflito, é abalada e exige que sejam tomadas novas iniciativas (OLIVEIRA; SOMMERMAM, 2008).



Conforme os autores acima citados, quando acontece o processo de hospitalização com um dos membros do grupo familiar, não têm como os demais serem poupados, todos são atingidos e esse momento vem acompanhado de sentimentos de incerteza, medo e angústias tanto do paciente como também da sua família, que tende a enfrentar o momento de acordo com a estrutura psíquica de cada membro, bem como com a relação que está estabelecida entre o paciente e a família.

Segundo Melman (2008), os familiares precisam de muita atenção e compreensão, pois são inúmeros ainda os apontamentos frente ao preconceito da doença mental. Muitos deles estão desesperados, tendo muitas dúvidas e questionamentos frente aos procedimentos terapêuticos feitos com seu familiar, alguns médicos não dão informações muito detalhadas acerca das medicações, bem como os possíveis efeitos colaterais, não explicam os motivos dos procedimentos feitos, e os mesmos se sentem sozinhos e impotentes, para compreender as suas vivências e com isso auxiliar seu familiar.

Frente ao adoecimento e a hospitalização, algumas famílias conseguem se reorganizar naturalmente, vendo a possibilidade de sempre ter alguém acompanhando o paciente, e outro que fica por casa suprimindo a falta que esse membro faz na organização familiar. Porém algumas famílias necessitarão de alguém que os ajude a elaborar suas vivências, quando as estratégias adaptativas dessa família forem ineficazes (OLIVEIRA; SOMMERMAM, 2008).

Os mesmos autores trazem que o estresse gerado pela hospitalização se manifesta por meio de reações comportamentais e afetivas, sendo algumas delas: distúrbios do sono, distúrbios alimentares, uso abusivo de medicamentos, prejuízos no contato social, hiperatividade ou apatia. Alguns aspectos podem elevar o nível de angústia familiar e dentre eles são: a quebra da unidade familiar, distanciamento dos demais familiares e amigos, sensação de isolamento, sentimentos de perda do controle e impotência.

Durante o período da internação os familiares tendem a adquirir um papel novo, que é influenciado pelas reações e comportamentos do familiar hospitalizado, fazendo com que o acompanhamento familiar se faça tão importante quanto as demais terapêuticas ofertadas durante a hospitalização. A família pode contribuir para o tratamento do paciente, tornando-se um elo entre o ambiente hospitalar e o seu mundo externo, reafirmando a sua identidade, que por vezes fica abalada durante a internação em saúde mental (OLIVEIRA; SOMMERMAM, 2008).

Mello Filho e Burd (2004) falam que tanto a família, como o paciente e o médico são afetados pela interferência do ambiente hospitalar, devido a movimentação de pessoas e das

condições que são estabelecidas para ambos, porém a família quando alicerçada e equilibrada transmite apoio tanto para o paciente como também para a equipe médica, auxiliando na busca de soluções viáveis, colaborando e compreendendo as situações dentro das possibilidades que ali são ofertadas.

Segundo os autores citados anteriormente é imprescindível que seja dispensado uma atenção para a família que colabora no tratamento, mas também se faz necessário que se atenda as famílias que demonstram mais insegurança, para que se possa por um determinado período fazer alguma intervenção diante dos acontecimentos, para que ela consiga se organizar e proporcionar o apoio necessário para esse que passa por um período de internação em saúde mental. Não se pode também deixar de prestar uma assistência para as famílias ausentes e inativas, que demonstram desequilíbrio emocional, com cobranças incoerentes e exigências impossíveis, que podem estar por momentos prejudicando o tratamento feito com o paciente (MELLO FILHO; BURD, 2004).

Para que a família possa fornecer suporte adequado às necessidades do paciente, fica evidente que ela também necessita ser olhada como única, com as suas necessidades e eventualidades, para que desta forma possam cooperar e participar do tratamento do seu familiar de forma ativa. Segundo Oliveira e Sommermam (2008), é primordial que o psicólogo hospitalar ofereça um espaço de expressão que atenda as demandas emocionais dessas famílias, favorecendo a eficácia adaptativa dos recursos emocionais tanto dos pacientes, quanto das suas famílias.

Segundo Osório e Valle (2009) a doença mental e o processo de hospitalização paralisa a família em um determinado tempo, que é provavelmente um tempo importante para todos os membros da família. Diante dessa paralisação deve-se ficar atento aos sinais que essa família apresenta, pois desta forma, haverá a possibilidade de ajudar essas pessoas a encontrarem nesse momento de fragilidade, uma forma que os faça se sentirem tão importantes a fim de juntos conseguirem criar suas estratégias para se reestruturarem durante esse período.

Ainda conforme os autores citados os familiares ao se sentirem mais acolhidos e entendidos em suas necessidades emocionais tendem a demonstrar mais comprometimento e implicação no processo de hospitalização, melhorando sua relação com o paciente e também com a equipe de saúde mental, trazendo a tona alguns assuntos que antes ficavam inconscientes.

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS**

Analisando as entrevistas verificou-se que a família se desestabiliza diante do sofrimento psíquico do seu familiar, tendo que se ajustar e se reorganizar frente a alguns imprevistos, sendo a internação um desses momentos. Para tanto a família utiliza de uma rede de apoio informal como forma de minimizar o sofrimento e a sobrecarga dessa família gerada no momento da internação.

Como já foi descrito na metodologia, após a realização das entrevistas e sua devida transcrição, foi realizada a análise dos conteúdos e categorização dos dados, com o intuito de contemplar os objetivos dessa pesquisa. A partir dos dados obtidos elencaram-se três categorias principais. Na primeira categoria denominada de “a família diante do sofrimento psíquico” se expõem aspectos relacionados à família antes da internação em saúde mental. Na segunda categoria nomeada de “a (re)organização daqueles que ficam em casa e seus sentimentos ambivalentes” se evidenciam as formas de (re)organização da família, durante o período da internação do seu familiar, como também os seus sentimentos diante da saudade da pessoa internada, mas também ao sentimento de alívio devido a sobrecarga que esse cuidado causa. A terceira categoria denominada de “a guarida da família em saúde mental” trata dos aspectos relacionados à rede de apoio informal que os familiares têm, além da rede de saúde mental dos serviços públicos e privados.

### **4.1 A família diante do sofrimento psíquico.**

Nessa categoria, serão relacionadas questões do período antes da internação, porém a questão do tabu, não é exclusiva do antes, podendo aparecer depois, mas optou-se por deixar ela antes porque ela não é exclusiva da internação.

Frente aos relatos dos familiares, constatou-se que a convivência com pessoas que apresentam algum sofrimento psíquico é considerada como muito difícil, pois ter de cuidá-las impõe uma responsabilidade física, emocional e econômica muito grande. De outro lado há um avanço, no protagonismo dessas famílias, que historicamente ficaram excluídas do tratamento dos seus familiares. Desta forma a família fica aliviada por ter o seu parente por perto, mas também se sobrecarrega por assumir algumas responsabilidades que antes eram de atribuição do paciente.

#### 4.1.1 A negação e tabu da doença mental

Percebeu-se diante dos relatos das famílias o desconhecimento do diagnóstico dos seus familiares, muitos dizem não reconhecer o motivo da internação, ou referem outros motivos para a internação em saúde mental que não condiz com o prontuário do paciente. Com isso se faz necessário pensar o quanto a doença mental em muitas famílias ainda é um tabu, ou por vezes ainda desconhecida. Almeida (2011) afirma que quando descoberto o diagnóstico da doença mental, essa afeta a família de uma maneira que faz com que ela se desestruture, gerando com isso uma grande inquietação e angústia. Muitas vezes com isso ela tende a negar a doença, por medo de não saber como lidar com ela, mas também por medo do que as outras pessoas vão pensar. Percebeu-se sentimentos de negação e desconhecimento da doença como mostra alguns relatos:

Digamos que foi uma sobrecarga emocional, ela não tem nada dessas coisas dos outros que estão aqui, até porque eu nem saberia como nós iríamos fazer se fosse [...] ela é normal que nem nós duas. (F9).

Eu acho que ela internou por causa da tristeza que ela tem, ela anda muito chorona, mas nada de muito grave pra estar aqui com essas pessoas loucas. Aqui é uma cidade pequena, o que os outros vão pensar se souberem que ela está na ala psiquiátrica. (F8).

Olha menina eu não sei por que ela internou, mas eu tenho uma coisa pra te dizer, né [...] diz ela que tomou veneno, mas eu até hoje não acredito, ela deve ter sonhado com isso onde já se viu nunca ninguém da minha família fez isso. (F6).

Com isso entende-se a necessidade de trabalhar com o desconhecimento da doença mental, pois os portadores de sofrimento psíquico ainda carregam estigmas de serem “loucos”, tanto pela sociedade como também pela família, e essa falta de conhecimento dificulta no diagnóstico, tratamento e estabilização dos sintomas.

#### 4.1.2 As relações dentro da família

O relacionamento de uma forma geral apresenta diversas formas de funcionamento e isso se dá mediante a organização familiar, fazendo com que cada família enfrente seus desafios de diferentes maneiras. E essas relações se intensificam ainda mais quando há a presença de um portador de sofrimento psíquico entre seus membros. A convivência nem sempre é harmoniosa e normalmente é permeada por tensões e conflitos, uma vez que é nesse espaço que as emoções são mais facilmente expressas (DE OLIVEIRA BORBA, 2011).

Eu me sinto muito incomodada com essa situação dele [...] a filha dele também, todos ali da família se incomodam com isso, eu sei que é complicado, mas quando ele está violento chego a ter medo do que pode acontecer. Eu amo ele, mas tenho medo. (F10).

Eu me sinto incomodava com a presença dele em casa, porque eu tava acostumada a ficar sozinha, sair à hora que eu queria. E hoje se eu saio de casa eu não tenho sossego, fico sempre pensando o que ele vai fazer, o que os outros vão pensar [...] querendo ou não eu e ele sempre estamos discutindo, mas acho que ele já tá acostumado, mas eu não, isso me incomoda muito. (F2).

Olha vou te dizer, que quando ela usa as drogas dela, eu brigo muito com ela, porque ela não para quieta, ela sai de casa e vai no vizinho e volta e fica assim o tempo todo. E os vizinhos também não devem gostar né, é difícil. Vou te contar guria, precisa ter muita paciência, a nossa relação de mãe e filha piorou muito depois que ela começou com essas porcarias, antes a gente conseguia conversar, hoje em dia isso é muito raro. (F1).

A família diante desse impasse com seus familiares, por se sentirem incomodados com suas atitudes, com medo do que pode acontecer por sentirem-se angustiados nos momentos de crise se calam e conseqüentemente adoecem. Por causa dessa situação alguns deixam de procurar ajuda por medo de prejudicar a família. Se faz necessário aqui que a família também seja acolhida ante seus sentimentos e inseguranças.

De Oliveira Borba (2011) a firma que a relação da família com a pessoa portadora de um sofrimento psíquico por vezes é tensa e exige da família muita paciência, porém quando os pacientes não estão em crise, à convivência tende ser mais harmoniosa. Alguns relatos de familiares nos confirmam o quanto essa convivência também pode ser prazerosa.

Quando ela não usa essas porcarias de drogas a nossa vida é supernormal, a menina dela vai à escola de tarde, de manha eu fico com ela ou ela ficava com a menina, de tarde quando a menina vai pra escola eu fico por casa e às vezes a gente fazia até faxinas juntas em casa. (F5).

A nossa vida é tão boa quando ele não está bebendo. A gente levanta, toma nosso chimarrão, a gente se ajuda nas tarefas, ele limpa o pátio, trata os cachorros, às vezes eu faço essas coisas de fora da casa e ele faz as coisas de casa. É tão bom chega a dar uma esperança na gente. (F10).

Diante do relato dos familiares é essencial compreender o portador do sofrimento psíquico como um ser único, dotado de capacidades, e que, apesar de algumas limitações é capaz de se relacionar e desenvolver suas atividades normalmente.

#### **4.1.3 A dependência financeira e questões relacionadas ao trabalho do doente mental**

A pessoa portadora do sofrimento psíquico, durante muito tempo foi vista como aquela incapaz de produzir, sendo assim afastada das suas atividades de trabalho que lhe geravam uma renda financeira (WAIDMAN; GUSMÃO, 2001). Isso é ainda muito evidente em

algumas famílias, que veem o familiar como incapaz, e preferem deixá-lo sem atividades, porque pode atrapalhar ou executá-las de forma errada. Com isso as famílias acabam ficando sobrecarregadas e assumem as responsabilidades que antes eram de competência do paciente. Essa tarefa a mais tende a adoecer também aqueles que compõem a família.

Em casa ele não faz nada, ele tava trabalhando em uma empresa, mas aí por causa da droga, mandaram ele pra rua [...] Aí quem paga tudo lá em casa sou eu, acho que as pessoas têm preconceito com essa doença dele sabe, daí nem cobro pra que ele tenha emprego, porque sei que eles não contratam esse tipo de pessoa. (F2).

Ele nunca trabalhou na vida dele, já foi tentado fazer uma horta pra ele trabalhar na roça, mas ele não tem vontade de fazer nada. É do quarto pra garagem onde ele vai fumar, e não tem outra rotina. A gente até tenta, mas preferimos ele quieto no quarto. Não sei se é certo, mas fazer o que, pelo menos, assim ele também não incomoda. (F7).

Ela não consegue fazer muita coisa, depende do dia ela ajuda na louça e tem outros dias que não [...] Ela faz tempo que teve que parar de trabalhar no fumo, porque tava muito sonolenta por causa dos remédios e quando não tomava os remédios ela tava muito nervosa. Ficamos com medo de ela fazer algo errado, daí achamos melhor ela parar. (F3).

Cabe a nós, diante desses relatos, repensarmos se realmente o fato de não ter uma ocupação é benéfico ao portador de sofrimento psíquico, e o quanto isso deve ser trabalhado com a família, mostrando para ela a importância de incentivá-lo a fazer algo que ele goste e que lhe faça bem, como forma de inseri-lo na comunidade, mas também como forma de minimizar a sobrecarga dessa família.

Waidman e Gusmão (2001) citam que quanto mais o doente mental tiver a oportunidade de manter-se desinstitucionalizado e tiver valorizada sua capacidade de interagir, mais ele poderá manter-se bem e se percebendo como uma pessoa produtiva. Alguns familiares dessa pesquisa falaram do quanto o fato de ter um trabalho faz bem para o seu familiar:

A gente faz gelo em casa pra vender, a gente tem essa empresa e de noite a gente faz o gelo e durante o dia ele sai pra vender e entregar o gelo que é encomendado. Percebo que ele tendo essa responsabilidade de entregar o gelo se sente menos doente. (F10).

Ela trabalha fora, na faxina [...] ela diz que faz bem pra ela, então eu não me preocupo, eu até apoio pra ela não ficar muito só em casa e assim ela fica mais animada. (F6).

Diante desses relatos, percebe-se o quanto são potencializados os vínculos entre os membros dessas famílias, pois os entrevistados ao relatarem que seu familiar tem um emprego, demonstraram orgulho daquele que, por diversas situações, é excluído do meio trabalhista.

## **4.2 A (Re) organização daqueles que ficam em casa e seus sentimentos ambivalentes**

Nessa categoria, serão relacionadas questões referentes ao momento da internação, e da maneira como as famílias se (re)organizam durante essa fase e também dos seus sentimentos durante esse tempo.

O período da internação em saúde mental é um período “turbulento” e muito complexo para algumas famílias, pois elas tendem a ter que se (re) organizar para poder, muitas vezes, ficar com seu familiar no hospital, mas também dar conta das suas responsabilidades em casa com a família, emprego e etc. O período da internação também desperta alguns sentimentos ambivalentes, diante do sentimento de alívio pelo familiar ser cuidado por profissionais competentes, que sabem como agir diante dos seus momentos de crises, mas também sentimento de saudade e aflição por não saber como está o seu familiar.

### **4.2.1 Remanejando os afazeres domésticos**

A hospitalização causa impacto significativo na família, uma vez que o processo gera uma situação nova e estressante por si só, bem como pela necessidade da (re) organização das tarefas domésticas, uma vez que as atividades estavam organizadas e a internação gera um sentimento de ruptura nessa rotina. (SORJ, 2014). Alguns familiares relataram estar acostumados com essa (re) organização das tarefas domésticas durante o período da internação do seu familiar, o que pode causar certo estranhamento naquele que não conhece a forma de organização dessa família, e certa acomodação por parte do paciente, por não valorizar todo o esforço feito pela família para que as tarefas sejam executadas.

A gente revessa pra fazer comida e pão, porque tem o meu pai em casa que precisa comer, e ele não consegue sair da cama (F3).

Eu e meu velho estamos revezando, um dia ele vem, e no outro eu venho, aí quem fica em casa faz almoço, limpa a casa, lava as roupas que a gente traz pra ele aqui. A gente meio que já se organizou, porque não é a primeira vez, então já estamos acostumados mesmo. (F4).

Como a gente já tá acostumado, eu sempre fico com a responsabilidade dela, e o meu irmão fica com as coisas de casa, mas não foi fácil porque o guri não sabia fazer nada, teve que aprender da maneira mais difícil. (F5).

Eu to me organizando bem até, o marido da filha dele está me ajudando nas coisas de casa, a minha nora está fazendo vianda pra mim, ela sabe que não é fácil, parece que ela tá acostumada com essa função de internar o pai. (F10).

#### 4.2.2 Sentimentos confusos

A convivência com o portador de sofrimento psíquico envolve questões complexas, uma vez que a sobrecarga do cuidado implica cansaço físico e emocional dos seus familiares. É fundamental observarmos que nem todas as pessoas conseguem assimilar e trabalhar as emoções envolvidas nesse cuidado, e por vezes diante do cansaço confundem seus sentimentos para com o seu familiar (DE OLIVEIRA BORBA, 2008).

Por estarem cansados com a rotina de cuidados e afazeres, os familiares relataram que o período da internação é um momento de descanso para a família, mas se sentem culpados por não se sentirem capazes de tomar conta deles em casa.

Eu tava ficando doente com essa situação toda, esses dias dele aqui por mais cansativo que seja pra mim vir aqui, vai ser bem melhor do que se ele tivesse em casa, pelo menos vou poder dormir tranquila. (F2).

Eu prefiro ele aqui se tratando do que ver o jeito que ele tava em casa, ele sempre bêbado e eu sem dormir direito, sem comer direito, dormia com um olho fechado e outro aberto. Isso cansa. Se continuasse assim logo eu é que teria que vir para o hospital. [...] Assim com ele aqui esses dias eu consigo me cuidar um pouco, pelo menos dormir uma noite toda sem acordar. (F10).

Eu sei o quanto essa internação é essencial pra ele e pra nós também, mas é que eu fico nervosa querendo saber como ele tá sabe, porque se ele tá em casa ele tá sempre me ligando e falando se tá bem ou se quer alguma coisa, e assim com ele aqui eu fico com o coração na mão, me sinto impotente por não poder cuidar dele. (F7).

Percebe-se, pelas falas dos familiares, o quão complexo e difícil é o conviver com o portador de sofrimento psíquico. Essas famílias muitas vezes quando solicitam a internação do seu familiar não estão deixando de amá-lo, ou então fugindo da responsabilidade que elas tem diante dessa pessoa, mas isso se dá por elas não aguentarem mais a convivência e também a sobrecarga desse cuidado, que aos poucos vai se tornando desgastante. Antes da reforma psiquiátrica a família era vista somente como adoecedora, muitas vezes sendo culpada pela doença mental do seu familiar, contudo com a reforma se passou a ver a família também como sujeitos que sofrem.

#### 4.3 A guarida da família em saúde mental

Nessa categoria, serão relacionadas questões do período da internação e de que forma a família buscam ajuda, e amparo na rede de apoio informal.

Já se falou muito do quanto os familiares são afetados quando se fala em estrutura familiar do paciente em sofrimento psíquico, e do quanto essa família fica sobrecarregada



diante das adversidades de uma possível melhora do seu familiar e uma recaída e possível internação em saúde mental. A sobrecarga da família caracteriza-se como uma experiência de fardo a ser carregado diante das mudanças bruscas no cotidiano que estão relacionadas ao processo de cuidado destes que sofrem como também na reorganização de novos hábitos e rotinas, muitas vezes assumindo assim maiores responsabilidades por parte da família. E diante dessa realidade as famílias buscam em outros meios, além da rede de saúde pública e privada, um amparo que lhe “dê forças” para seguir com os cuidados do seu familiar, e essa rede de apoio informal tem se demonstrado muito significativa.

#### **4.3.1 A religião como auxílio aos familiares**

A religião é um importante fator de significação e ordenação da vida, por isso para algumas pessoas se torna fundamental em momentos de maior impacto ou desesperança procurar acalento na palavra de Deus, como forma de aliviar o sofrimento, e também como forma de significar o desespero que se instala na vida dessas pessoas (MURAKAM; GOMES CAMPOS, 2012).

Dentre as questões no que se refere à rede de apoio dos familiares, foram mencionadas situações onde alguns familiares recorreram e ainda recorrem à religião como forma de encontrar forças, para seguir com os cuidados e rotinas nas suas famílias:

Durante muito tempo eu fiz trabalho voluntário com a comunidade, de evangelização, então eu conheço muito bem os padres das comunidades e eu tenho eles como meu refúgio quando eu preciso conversar com alguém. Eu sei que eles sempre vão ter uma palavra de conforto pro meu coração e isso me ajuda muito. (F8).

Deus sempre tem um conforto pras nossas angústias, nas palavras e nos gestos que ele nos ensinou a seguir e eu tento levar isso pra vida da minha família [...] Sempre que preciso peço forças pra Deus, me ajuda muito sabe. (F6)

Murakam e Gomes Campos (2012) citam que a religiosidade e a espiritualidade estão associadas de um modo geral a uma melhora na qualidade de vida tanto dos familiares, como também daqueles que sofrem com algum transtorno psíquico. E isso se dá devido a mobilização e iniciativas extremamente positivas que acabam fortalecendo o indivíduo, e faz com que ele tenha condições de enfrentar com mais clareza as suas dificuldades, e essa mobilização de energia positiva influencia diretamente na sua qualidade de vida.

O nosso psicólogo é três: eu com ela, ela comigo e nós com a nossa fé. É na fé que a gente se apoia [...] é mais ou menos o triângulo que dá sustentação pra gente [...] Deus nos dá o suporte que nós duas necessitamos, é nisso que a gente acredita, e vejo que faz bem pra ela, parece que ela se renova toda vez que voltamos da igreja. (F9).

Acredito que essa questão da religião deva ser levada em conta, diante do efeito que tem nas pessoas fazendo-se necessário que os profissionais compreendam e valorizem as crenças dos seus pacientes e também dos familiares, possibilitando assim outra perspectiva no cuidado daqueles que se encontram internados. Também como forma de auxiliar as famílias para que elas se sintam capazes e seguras de fazer esse cuidado no pós-alta, sentindo-se mais amparadas, não só pela rede de saúde, já que a crença religiosa tem se mostrando de grande valia.

#### **4.3.2 Amigos e vizinhos, uma rede de apoio eficiente**

As relações interpessoais presentes na vida do indivíduo, que a princípio é constituída pela família, vai sendo ampliada na medida em que se incluem amigos, colegas de trabalho e vizinhos. Neste sentido pode-se assinalar que o suporte social fornecido pelas redes de apoio tem a finalidade de contribuir para o bem-estar das pessoas desempenhando a função de troca efetiva e companhia social, além de promover a saúde mental desses (FAQUINELLO; MARCON, 2011). Os entrevistados relataram ter o auxílio dos vizinhos e amigos, tanto no momento da internação, como em outros momentos de suas vidas.

Tem uma vizinha minha que tá sempre lá em casa, e ela me ajuda, a gente se apoia. (F1).

Converso muito com essa minha vizinha que é como uma irmã [...] Se eu tenho que desabafar eu vou direito na casa dela, e ela também vêm sempre lá em casa quando acontece alguma coisa na casa dela. (F2).

Eu tenho uma amiga que mora lá perto de casa, que eu converso sempre, ela vem lá em casa seguido conversar comigo [...] Ela é quase da família, ela até disse que se precisasse ela vinha aqui no hospital [...] Eu não tenho irmã, e ela é como se fosse minha irmã, eu sei que posso sempre contar com ela, pro que eu precisar. (F4)

Faquinello e Marcon (2011) referenciam que são nos momentos críticos onde as atividades de cuidado realizadas pelos familiares são ineficazes que os vizinhos e amigos são de importância significativa para a família fornecendo o apoio e auxílio necessário. Algumas famílias, muitas vezes por serem pequenas, não conseguem se organizar com o cuidado e é nesses casos que os amigos ajudam a compor a rede de apoio do indivíduo e complementam essa família, podendo diversas vezes ser considerados como pessoas fundamentais para

manutenção da saúde dessa família, tanto nos aspectos físicos como nos psicológicos, e afetivo emocionais.

Nós conversamos muito com uma amiga minha que é psicóloga do município, ela vem lá em casa sabe, se preocupa com nós. [...] Ela sempre nos ajuda quando ele tem os surtos [...] Ela é um anjo nas nossas vidas sabe, sempre está disponível e é como se fosse da família, até o cachorro lá de casa já conhece ela [...] A gente sente falta dela quando ela não aparece. (F7).

A rede de apoio dos familiares normalmente é acionada nos momentos de dificuldades, como, por exemplo, nos períodos de crise da doença e é adotada como uma estratégia para o fornecimento de uma assistência mais eficaz e que de fato tende a melhorar a qualidade de vida desses familiares, tanto no aspecto físico quanto no psicológico, e reconhecer a importância dessa rede de apoio informal, pode facilitar o vínculo entre paciente, família e profissional da saúde.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo se propôs a analisar como as famílias são afetadas diante do sofrimento psíquico, tendo como objetivo inicial conhecer a estrutura familiar do paciente antes e durante a internação em saúde mental. Porém no decorrer da coleta dos dados não apareceram questões relacionadas à estrutura das famílias, mas sim questões que permeiam essas e que não foram caracterizadas como estrutura.

Foram apontadas questões referentes ao desconforto que a família sente por não saber lidar com o estado de doença do seu familiar, e também foi exposto como as relações se alteram, principalmente quando a família necessita se reestruturar, assumindo mais de um papel social dentro das relações, como também foi evidenciado a importância que os familiares dão para a rede de apoio informal, encontrando nesses uma assistência e amparo emocional essencial para que se sintam seguros diante das dificuldades que os permeiam.

De um modo geral os objetivos desse estudo foram atingidos, pois conhecer as questões que circundam as famílias se mostra relevante na medida em que possam ser pensadas novas estratégias para acolhimento das mesmas. Porém notou-se que poderiam ser explorados mais aspectos da organização da família antes da internação.

Torna-se relevante conhecer quais posturas esses familiares vêm utilizando como forma de proteção e adequação a essa realidade diante das novas transformações que aconteceram no modo de assistir o portador de sofrimento psíquico. Na medida em que se conhece essas posturas adotadas pelos familiares é possível pensar em estratégias de cuidado que atendam também as famílias dos portadores de doença mental.

Diante desta pesquisa, espera-se contribuir para o conhecimento dos profissionais de saúde, independente da sua formação, da importância do vínculo ser fortalecido entre paciente, familiares e profissionais, na medida em que ela seja uma aliada no tratamento, porém nesse longo caminho que se tem a percorrer é necessário identificar espaços onde a inserção da família possa ser construída.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Ellen Pinheiro Tenório de. *Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: estudo de diferentes tipos de cuidadores*. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Universidade Federal do São João del-Rei, 2010. Disponível em: <<https://ufsj.edu.br/portal2repositorio/File/mestradospsicologia/2010/Dissertacoes/DissertacaoELLEN.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2017.
- ALMEIDA, A. C. M. C. H. et al. O impacto causado pela doença mental na família. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, n. 6, p. 40-47, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S1647-21602011000200007&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S1647-21602011000200007&script=sci_arttext&tlng=en)>. Acesso em 28 mai.2018.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1997.
- 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*, v. 21, n. 4, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a09v21n4>>. Acesso em 28 mai.2018.
- BORBA, L. de O et al. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, n. 2, 2011. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/3610/361033309020/>. Acesso em 21 mai.2018.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. *Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília, 2005. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)>. Acesso em: 19 out. 2017.
- CRESWELL, John W. *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.
- DIAS, Maria Olívia - Um olhar sobre a família na perspectiva sistêmica – o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*. Viseu. n.19, 2011. Disponível em: <<http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/9176.pdf>>. Acesso em 18 out. 2017
- FAQUINELLO, P; MARCON. S.S. Amigos e vizinhos: uma rede social ativa para adultos e idosos hipertensos. *Revista da escola de enfermagem da USP*, v. 45 n.6, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342011000600010&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342011000600010&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 13 mai. 2018
- GONÇALVES, A.M; SENA, R.A. Reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Revista latino-americana de Enfermagem*, v.9, n.2, p.48-55,2001. Disponível em: <[http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/81-\\_A\\_reforma\\_psiquiátrica\\_no\\_brasil\\_contextualização\\_e\\_reflexos\\_sobre\\_o\\_cuidado\\_com\\_o\\_doente\\_mental\\_na\\_família.pdf](http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/81-_A_reforma_psiquiátrica_no_brasil_contextualização_e_reflexos_sobre_o_cuidado_com_o_doente_mental_na_família.pdf)>. Acesso em: 30 set.2017.

- HINTZ, Helena Centeno. Novos tempos, novas famílias: da modernidade á pós-modernidade. *Pensando famílias*, v. 3, n.1, 2001. Disponível em: <<http://www.susepe.rs.gov.br/upload/1363010551>>. Acesso em 18 out.2017.
- MELLO FILHO, J; BURD, M. (Org.). *Doença e família*. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- MELMAN, Jonas. *Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. 3. ed. São Paulo: Escrituras, 2008.
- MINAYO, Maria C. de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MURAKAM, R; GOMES CAMPOS, C. J. Religião e saúde mental: desafio de integrar a regularidade ao cuidado com o paciente. *Revista brasileira de enfermagem*, v.65. m.2, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672012000200024&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672012000200024&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em 13 mai. 2012.
- OLIVEIRA, E. B. S.; SOMMERMAM, R.D. G. A Família Hospitalizada. In: ROMANO, Bellkiss Wilma (Org.). *Manual de psicologia clínica para hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. p.117 - 143.
- OSÓRIO L.C; VALLE M.E. *Manual de terapia familiar*. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- PACHECO, M.A, et al. Aspectos do funcionamento de uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital geral. *Rev. psiquiatr. Rio Grande do Sul* 25.supl. 1 (2003): 106-114. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=356463&indexSearch=ID>>. Acesso em 19 out. 2017.
- PIMENTA, E.S.; ROMAGNOLI, R.C. A relação com as famílias no tratamento dos portadores de transtorno mental realizado no Centro de Atenção Psicossocial. *Pesqui. prá. psicossociais*, v. 3, n. 1, p. 75-84, 2008. Disponível em: <[http://www1.pucminas.br/documentos/dissertacoes\\_eliane\\_souza.pdf](http://www1.pucminas.br/documentos/dissertacoes_eliane_souza.pdf)>. Acesso em 16 set.2017.
- SANTIN G.; KLAFKE T.E. A Família e o Cuidado em Saúde Mental. *Barbarói*, n. 34, p. 146, 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/barbaroi/n34/n34a09.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2017.
- SORJ, Bila. Socialização do cuidado e desigualdades sociais. *Tempo Social* v. 26,2014. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/ts/article/view/84983>>. Acesso em 26 mai.2018.
- TRAD, Leny A. Bomfim. *Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.
- TURKENICZ, Abraham. *Organizações familiares: contextualização histórica da família ocidental*. 3.ed. Curitiba: Juruá, 2012.

VALVERDE, Dayana Lima Dantas. Reforma psiquiátrica: Panorama sócio-histórico, político e assistencial. *Redepsi*, v.1, 2010. Disponível em: <<http://www.redepsi.com.br/2010/11/21/reforma-psiqui-trica-panorama-s-cio-hist-rico-pol-tico-e-assistencial/>>. Acesso em 10 nov.2017.

WAGNER, A, et al. Compartilhar tarefas? Papéis e funções de pai e mãe na família contemporânea. *Psicologia: teoria e pesquisa*. v. 21, n. 2, p. 181-186,2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v21n2/a08v21n2>> Acesso em 24 nov.2017.

WIDMAN, M.A.P; GUSMÃO, R. Família e cronicidade da doença mental: dúvidas, curiosidade e relacionamento familiar. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, Curitiba, v.3, n.2, 2001. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/refased/article/view/5041>>. Acesso em 21 mai.2018.

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### INTERNOU, E AGORA? O PROCESSO DE (RE)ORGANIZAÇÃO FAMILIAR, DURANTE INTERNAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Esta pesquisa de trabalho de conclusão de curso de graduação tem como objetivo conhecer a estrutura familiar do paciente antes e durante a internação em saúde mental. Este estudo pode contribuir com os profissionais da saúde, no conhecimento acerca da família e sua organização, podendo gerar melhorias no atendimento de pacientes e familiares. Sua participação se dará através de uma entrevista semiestruturada, na qual serão realizadas algumas perguntas sobre a estrutura familiar do paciente e sobre a organização familiar. A entrevista será gravada em meio eletrônico e posteriormente transcrita na íntegra para a realização da análise de dados, as gravações serão mantidas em posse do pesquisador até que o relatório seja concluído, sendo em seguida inutilizadas. Esta pesquisa oferece riscos moderados aos entrevistados, podendo gerar desconfortos e/ou fragilidade emocional. Diante disso, se necessário, me colocarei a disposição para uma escuta terapêutica após as entrevistas. Com os resultados alcançados espera-se trazer melhorias no atendimento prestado aos pacientes e familiares, visto que o próprio método se configura de forma a abrir um espaço de escuta sem julgamentos, contemplando o profissional, que poderá fazer uma reflexão sobre sua prática.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação nesta pesquisa, pois fui informado(a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados. Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desses instrumentos (imagem e voz).

Fui, igualmente, informado:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a dúvidas acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa.
- Da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento.
- Da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.
- Estou ciente e esclarecido que a pesquisa tem riscos indiretos aos participantes, como por exemplo, desconforto ao falar sobre as questões propostas.
- Fui informado que a pesquisa não apresenta nenhum benefício direto ao pesquisado, porém, os dados provenientes da pesquisa poderão ser utilizados somente para fins acadêmicos e científicos.
- Compreendo que o Curso de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul manterá em sigilo a minha identidade e que os dados coletados serão arquivados, ficando disponíveis para posteriores análises, sob a responsabilidade da pesquisadora orientadora do projeto Prof. Teresinha Eduardes Klafke, que pode ser contatada pelo telefone (51) 998282081 e da pesquisadora Jéssica Bianchini Neves que pode ser contatada pelo telefone (51) 992209857. Os dados serão incinerados após cinco anos.

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa e outra com a pesquisadora responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: (51) 3717 7680 e e-mail: [cep@unisc.br](mailto:cep@unisc.br).

Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Jéssica Bianchini Neves

\_\_\_\_\_  
Teresinha Eduardes Klafke



## APÊNDICE B – Roteiro entrevista semiestruturada

### DADOS DE INFORMAÇÃO

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

EIXO A= Dados sobre a internação:

Qual foi o motivo da internação.

Se é a primeira internação em saúde mental ou não.

Está com acompanhante 24 h por dia? Se sim, quem é e por que está sendo acompanhado.

Tem mais alguém que fica de acompanhante?

EIXO B =Aspectos sobre os papéis dentro da configuração familiar:

Quem reside junto com paciente.

O que cada um faz em termos de trabalho e rotinas diárias.

Como é organizada a casa (cada um tem o seu espaço, são divididas as tarefas de casa, como é essa divisão).

EIXO C=Aspectos diante do papel do paciente na família:

Qual é a importância desse familiar dentro da família.

Ele (a) está fazendo falta em casa.

Como era a rotina da família enquanto o familiar estava em casa.

Alguém se sentia incomodado com ele, se sim, quem.

Com quem ele se envolvia mais.

O que era de responsabilidade dele antes da internação.

EIXO D= Aspectos sobre a organização da família, durante o período da internação.

Como a família está organizada agora com ele(a) internado.

Como é a rotina da família, durante esse período.

Estão tendo algum tipo de dificuldade.

Procuraram algum outro tipo de ajuda, além do hospital.

Tem conversado com alguém sobre essa situação.