



UNIVERSIDADE  
CATÓLICA  
DE SANTOS

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS – UNISANTOS**  
**MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**JOSE EVANDRO SILVA SOARES**

**REINTERNAÇÕES DE PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS  
GRAVES: O OLHAR DOS FAMILIARES**

**SANTOS –SP**

**2021**

**JOSE EVANDRO SILVA SOARES**

**REINTEIRNAÇÕES DE PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS  
GRAVES: O OLHAR DOS FAMILIARES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

**Área de Concentração: Saúde,  
Ambiente e Mudanças Sociais.**

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dra. Denise Martin Coviello

**SANTOS –SP**

**2021**

**Ficha Catalográfica**  
Universidade Católica de Santos – Biblioteca Central

SOARES, Jose Evandro Silva.

**Reinternações de pacientes com transtornos mentais graves: O  
olhar dos familiares / José Evandro Silva Soares - 2021.**

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Católica de Santos, 2021.

Área de Concentração: **Saúde, Ambiente e Mudanças Sociais e linha de pesquisa: Política, Espaço, Condições Sociais e Saúde.**

1- Saúde mental 2. Relações familiares 3. Reinternações.

## **DEDICATÓRIA**

A Deus por toda força e discernimento nos momentos difíceis enfrentados, nas inúmeras situações encontradas no percurso desta conquista. Aos meus familiares, em especial minha mãe e meu pai.

## AGRADECIMENTOS

A essa força onipotente que com um sopro me deu à vida e cuida do meu existir, Deus, obrigado, pela inteligência, pela minha saúde, pelo sol, pela noite, pelas plantas, obrigado Senhor por tudo, sem ti jamais estaria aqui.

Aos meus pais Dalva e Antônio, que sempre acreditaram em mim, que trabalharam firme, enfrentaram as dificuldades, mas nunca deixaram de investir em meus estudos.

Aos meus irmãos, Mazinho, Socorro, Hélio e Suêlda, que juntos estudamos, passamos por vários obstáculos, mas, nunca perdemos o desejo que nos impulsionou aos nossos objetivos.

In memoriam aos meus avós maternos, Iracema e José Francisco e paternos Jose e Leopoldina.

Aos meus tios, que sempre apoiaram minha caminhada.

Aos primos e primas, pelos momentos alegres que passamos juntos.

Às escolas Maria Augusta, Rubens Dutra e Estadual da Prata, que participaram da minha formação.

À comunidade do Lucas, onde nasci, cresci e participei de seu desenvolvimento, a todos que residem, meu muito obrigado, em especial à Antônia In memoriam.

Aquelas pessoas que em minha vida deixaram marcas, em especial, Joaneide, Ana Lúcia e Mara, sem vocês nada deste sonho seria possível, saibam que minha força veio também da boa energia de vocês, grato, sempre acreditaram em mim, obrigado por tudo.

A orientadora prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Denise, que com seu jeito de ser, me conquistou, ensinou e orientou, com sabedoria, humildade você será sempre lembrada, de uma sensibilidade e humildade sem igual, ser acolhedora e capaz, muito agradecido por todo ensinamento.

À Banca examinadora da qualificação, Dra. Silvia Regina Viodres Inoue e Dra. Hilda Rosa Capelão Avoglia, obrigado pelas valiosas contribuições.

A equipe do Hospital Jose Gomes de Andrade que sempre compreendeu minha ausência e contribuiu com o trabalho, a vocês muito grato em especial a Marizelia, Sineide e Arachele.

Aos meus companheiros de estudo do mestrado, Daniel e Isabela, amigos de verdade, que diante das fragilidades estavam sempre juntos, sendo suporte para que não deixássemos fracassar. Enfim a todos que direta ou indiretamente ajudaram na consolidação desse sonho, sou eternamente grato.

## EPÍGRAFE

*“ Aço que impede minha passagem,  
Aço que limita meu pensar;  
força que alavanca o meu ser,  
janela sem passagem a despertar.*

*Ferrugem que corrói interior;  
Espaço vazio sem dar passagem;  
Gritos não ouvidos na verdade  
Sonhos aprisionados pela dor.*

*Escuta meu clamor e não me fala;  
Sente minha dor e não consola;  
Senta aqui e me escuta.*

*Escuta o que não se ouve;  
Ler o que não está escrito;  
Quebra as grades dessa passagem”*

*(SOARES, 2021)*

## RESUMO

O modelo de cuidado a pessoa com doença mental passou a incluir a família como corresponsável ao tratamento. Entretanto, muitas famílias não se sentem preparadas com e em condições psíquicas, físicas ou sociais para cuidar de seus entes, levando muitas vezes às recidivas hospitalares. O presente estudo teve como objetivo analisar a percepção dos familiares a respeito da reinternação hospitalar de pacientes com transtorno mentais graves em um Hospital Psiquiátrico, desenvolvendo uma pesquisa etnográfica. Foi utilizado referencial teórico-metodológico da Antropologia, buscando elementos e unidades sociais que envolvem o grupo estudado. A pesquisa foi realizada na clínica Dr. Maia, na cidade de Campina Grande- PB, por meio de entrevistas com familiares de doentes internos, sendo empregadas as técnicas de entrevistas em profundidade com roteiro semiestruturado e observações etnográficas. Observou-se que os familiares relacionam o adoecimento do seu ente a uma causa, atribuída em sua maioria a fatores traumáticos e ou perdas. Não há compreensão sobre a sintomatologia e o início da doença, levando a preconceitos, restrições da inserção social e exclusão social dessas pessoas. A falta de compreensão e enfrentamento das crises levam os familiares a buscarem ajuda em outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. Entretanto, a busca de um lugar de tratamento de maior permanência faz os familiares perceberem o hospital psiquiátrico como referência de saúde, gerando assim diversas internações em hospitais psiquiátricos. Os participantes citaram que encontram na internação um modo de alívio, descanso do fardo e cuidado com o parente com doença mental. Notou-se também que há uma resistência em receber os pacientes de alta para casa, bem como uma dificuldade para continuidade do cuidado. Assim, é necessário que os serviços de saúde mental ofereçam cuidados em saúde a pacientes egressos de reinternações, dada a fragilidade da família em lidar com a crise do doente mental no domicílio. Os familiares devem integrar-se às intervenções de promoção a saúde do modelo de atenção psicossocial. Há também a falta de integração e cuidado continuado dos serviços da Rede de cuidado Psicossocial diante das altas dos pacientes egressos das internações psiquiátricas.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Relação Familiar. Reinternação.

## **ABSTRACT**

The care model for people with mental illness started to include the family as co-responsible for the treatment. However, many families do not feel prepared with and in psychological, physical or social conditions to care for their loved ones, often leading to hospital recurrences. The present study aimed to analyze the perception of family members regarding the hospital readmission of patients with severe mental disorder in a Psychiatric Hospital, developing an ethnographic research. Theoretical-methodological framework of Anthropology was used, seeking elements and social units that involve the studied group. The research was carried out at the Dr. Maia clinic, in the city of Campina Grande-PB, through interviews with relatives of inpatients, using in-depth interview techniques with semi-structured script and ethnographic observations. It was observed that family members relate the illness of their loved one to a cause, mostly attributed to traumatic factors and or losses. There is no understanding of the symptoms and the onset of the disease, leading to prejudice, restrictions on social inclusion and social exclusion of these people. The lack of understanding and coping with crises lead family members to seek help in other services of the Psychosocial Care Network – RAPS. However, the search for a place of treatment for longer stays makes family members perceive the psychiatric hospital as a health reference, thus generating several hospitalizations in psychiatric hospitals. The participants mentioned that they found a way of relief, rest from the burden and care for the relative with mental illness during hospitalization. It was also noted that there is a resistance to receiving patients discharged home, as well as a difficulty to continue the care. Thus, it is necessary that mental health services offer health care to patients discharged from readmissions, given the family's fragility in dealing with the crisis of the mentally ill at home. Family members should be integrated into the health promotion interventions of the psychosocial care model. There is also the lack of integration and continued care of the services of the Psychosocial Care Network in view of the discharge of patients discharged from psychiatric hospitalizations.

**Keywords:** Mental health. Family Relationship. Readmission.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Centros de atenção psicossocial no Brasil de 2003 a 2018.....	22
Figura 2 - O processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos .....	23
Figura 3 - Distribuição dos leitos psiquiátricos pelo brasil .....	23
Figura 4 - Visão panorâmica da entrada do hospital psiquiátrico Dr. Maia.....	37
Figura 5 - Sala utilizada para realização da entrevista .....	38
Figura 6 - Espaço de espera no qual os familiares ficam antes do início da visita.....	42
Figura 7- Apresentação dos resultados encontrados .....	45

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Serviços da Rede Psicossocial da cidade de Campina Grande - PB.....	36
Tabela 2 - Perfil Socioeconômico dos familiares e pacientes participantes da pesquisa.....	46

## LISTA DE ABREVIATURAS

**TMC** - Transtornos Mentais Comuns;

**OMS** – Organização Mundial de Saúde;

**CAPS** - Centros de Atenção Psicossocial;

**PVC** - Programa de Volta pra Casa;

**SRT**- Serviços de Residências Terapêuticas;

**PNASH** - Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria;

**RAP** - Rede de Atenção Psicossocial;

**SUS** - Sistema Único de Saúde;

**ICANERF** - Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional;

**SAMU** - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência;

**Min.** – Minutos;

**h.** – Horas;

**TCLE** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

**CNS** - Conselho Nacional de Saúde;

**CAAE** - Certificado de apresentação para Apreciação Ética;

**UEPB** – Universidade Estadual da Paraíba;

**CID** – Código Internacional de Doenças;

**AVD** - Atividades da Vida Diárias;

**MS** - Ministério da Saúde.

## APRESENTAÇÃO

A aproximação com o tema surgiu com a minha atuação em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III), na cidade de Campina Grande – PB. Durante sete anos atuei como enfermeiro, especialista em saúde mental, frequentador de estudos psicanalíticos e observador da problemática de saúde mental. A partir disso, comecei a me interessar pelo processo saúde doença destas pessoas, buscando compreender e acolher essas demandas na tentativa de melhor atender estes pacientes e familiares, diante das crises e situações diversas de conflitos.

Os CAPS são espaços criados para que os profissionais acolham os familiares e trabalhem com as ferramentas da escuta, do acolhimento, da formação de vínculos e da corresponsabilidade, constituindo assim, o grupo de escuta familiar.

O espaço de escuta do grupo de família do CAPS III no qual atuava, fez com que houvesse enriquecimento do meu saber. Diante das diversas histórias de vidas, costumes, hábitos, relatos dos casos e observações fui compreendendo o processo saúde doença destas pessoas por meio de fatores biológicos, psíquicos e sociais.

Nas escutas aos familiares surgiram falas sobre as dificuldades em lidar com o paciente diante dos sintomas da crise e de como enfrentar tais situações, muitas das vezes expressavam que precisavam internar, visto que não suportavam tamanho desgaste. Assim, percebi a importância da internação.

Pensando na doença mental como da ordem da não “cura”, e sim, estabilidade dos sintomas e da doença, bem como no ciclo da desestabilidade do doente, com manifestação dos sintomas de uma nova crise, aponto o fenômeno da “reinternação”, que consta, nas idas e vindas dos doentes mentais para o hospital psiquiátrico.

Diante deste fato surgiu a inquietação sobre estas idas e vindas dos doentes mentais: o que ocorreu? Como lidar com esse fenômeno? O que está por trás destas relações no lidar com o doente mental em crise? A partir desses questionamentos tentarei analisar tal fenômeno pelo campo social das relações, partindo de um não saber, acolhendo a percepção dos familiares no seu contexto de vida.

O interesse pela pesquisa me motiva a buscar novos caminhos e rumos diante do trabalho com a política de saúde mental, podendo fortalecer estratégias já existentes e criar novos rumos de cuidados para estas pessoas.

Pressupõe assim que este trabalho contribuirá social e profissionalmente, como também possibilitará a produção de novos conhecimentos sobre o tema, além de troca de saber entre os doentes, seus familiares e as instituições de assistência mental.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>1.1 Doença mental e impacto social</b> .....	<b>15</b>
<b>1.2 A rede de Cuidado em saúde mental</b> .....	<b>20</b>
<b>1.3 As relações familiares e a doença mental</b> .....	<b>25</b>
<b>1.4 A reinternação em hospital psiquiátrico</b> .....	<b>28</b>
<b>2 OBJETIVO</b> .....	<b>32</b>
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>33</b>
<b>3.1 Tipo de estudo</b> .....	<b>33</b>
<b>3.2 O local da pesquisa</b> .....	<b>34</b>
3.2.1 Rede de assistência em saúde mental na cidade de Campina Grande-PB.....	34
<b>3.3 Participantes da pesquisa</b> .....	<b>38</b>
<b>3.4 Instrumentos e procedimentos de coleta de dados</b> .....	<b>38</b>
<b>3.5 Procedimento de análise dos dados</b> .....	<b>39</b>
<b>3.6 Aspectos éticos</b> .....	<b>40</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>41</b>
<b>4.1 Observação etnográfica</b> .....	<b>41</b>
<b>4.2 Fluxo de demanda</b> .....	<b>43</b>
<b>4.3 Horário das visitas</b> .....	<b>43</b>
<b>4.4 Entrevistas com os familiares com doentes mentais em reinternação</b> .....	<b>44</b>
<b>4.5 Caracterização dos familiares e pacientes</b> .....	<b>45</b>
<b>4.6 A percepção da família sobre o adoecimento de seus familiares</b> .....	<b>47</b>
<b>4.7 Autonomia e relações sociais vivenciadas pelos doentes mentais na visão dos familiares</b> .....	<b>50</b>
<b>4.8 O olhar do familiar no lidar com a crise</b> .....	<b>52</b>
<b>4.9 A internação psiquiátrica do doente mental na vida dos familiares</b> .....	<b>56</b>
4.9.1 Trajetória na pré-internação.....	56
4.9.2 Sentimento da família durante internação do paciente .....	57
4.9.3 Pós alta hospitalar .....	59
<b>5 CONCLUSÃO</b> .....	<b>65</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>67</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>75</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>80</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Este trabalho buscou analisar a percepção dos familiares dos pacientes com doença mental na reinternação, considerando a subjetividade dos participantes, como cada um percebe e dá significado a doença mental, bem como as relações diante de situações da crise no núcleo familiar e nos vínculos sociais territoriais. Deste modo, o estudo teve por objetivo analisar as reinternações de pacientes com doença mental grave na perspectiva dos familiares. Para desenvolvimento deste foi realizada uma pesquisa qualitativa com aproximação da etnografia, sendo esse um método de pesquisa na área das ciências sociais no qual o pesquisador inserido, observa, participa, escuta e escreve, explorando o contexto cultural/histórico o qual os participantes estão inseridos.

Assim, dividirei este estudo em quatro momentos, sendo o primeiro um recorte da literatura, trazendo trabalhos científicos sobre aspectos biológicos, psíquicos e sociais, caracterizando tópicos norteadores do tema: doença mental e impacto social; rede de cuidado em saúde mental; relações familiares e a doença mental e reinternação em hospital psiquiátrico. A metodologia foi apresentada pelo campo das ciências sociais, método escolhido para nortear o estudo, através da observação, escuta e participação, na busca de colher material para análise dos resultados do estudo.

No segundo momento apresentarei as descrições dos resultados do trabalho de campo dos participantes, familiares de doentes mentais internados no hospital psiquiátrico, caracterizado pelos objetivos do estudo. Este contexto busca mostrar a visão e rotina dos familiares, acolhendo falas e significados que estes dão à vida e às relações sociais.

Em seguida, apoiado na literatura pré-existente, o terceiro momento desenvolve uma discussão teórica e analítica das histórias de vidas descritas pelos familiares, representados por categorias norteadoras dos objetivos do estudo. Discorrerei sobre o processo da doença mental desde da percepção familiar, enfrentamento da crise, doença mental e relação social, reinternação e pós internação.

Por fim, no quarto momento apresentarei a conclusão do estudo, as fragilidades observadas, os caminhos percorridos pelos familiares, as relações sócias dos familiares no lidar com o doente mental em frente à crise e a reinternação, a relação doença mental/família/hospital psiquiátrico.

## **1.1 Doença mental e impacto social**

O entendimento de saúde e doença são compreendidos como processo e estão vinculados a situações singulares e complexas da existência humana, apresentando um caráter dinâmico, contraditório, de poucas certezas, podendo remeter a biografias, culturas, a sujeitos sociais concretos, com suas trajetórias e mundos subjetivos. Sendo, além dos sintomas, que medidas padronizadas, algo mais que uma ou outra concepção teórica, tentar compreender o doente mental e sua família no contexto inserido poderá ser o caminho para melhor conduzir o tratamento (DALMOLIN, 2006).

As doenças mentais são condições de anormalidade ou comprometimento de ordem psicológica, mental ou cognitiva. Esta anormalidade leva o ser humano a desorganização psíquica, podendo acarretar complicações de ordem biológica, clínica e social (ALMEIDA; FELIPES; POZZO, 2011). Assim, a manifestação da doença mental acontece com sinais e sintomas, influenciando a vida do doente mental e familiares.

Tal doença pode ser evidenciada pela relevância dos sintomas e seus agravamentos deixados ao enfermo, a família e a sociedade, muita das vezes ocasionando a exclusão social do doente. A discriminação conferida à doença mental também prejudica a participação sócio-ocupacional de pessoas em sofrimento psíquico, mesmo com capacidade laboral (KEBBE et al., 2014).

De acordo com Amarante (1996), o modo com o qual os povos antigos tratavam os doentes, ora atribuindo-lhes uma verdade transcendental da natureza humana, ora os excluindo da categoria do humano, retrata para psiquiatria, a constatação da sua pré-história, do seu estado teológico ou metafísico, na qual não existem ainda os recursos necessários para o efetivo reconhecimento das doenças. Dessa forma, inferimos que alguns fragmentos marcantes da história da doença mental foram compatíveis com o modo de tratamento psiquiátrico vigente até os dias de hoje, ocasionando o preconceito com o doente mental, o estigma social, o modelo de tratamento, percepção da doença mental, além do processo de cuidado ainda impregnado ao sistema manicomial (AMARANTE, 1996). Acredita-se que somente ocorrerão transformações na maneira de se conviver com o estigma da doença mental, quando houver um entendimento global da doença e no cuidado integralizado ao doente mental (ALMEIDA; FELIPES; POZZO, 2011).

Para Covelo e Moreira (2015) entre os agravamentos acarretados pela doença mental, os conflitos nos núcleos familiares são fatores marcantes, atingindo não somente o doente mental, mas todos aqueles que o cercam, levando-o a dependência de cuidados por parte de



seus familiares, bem como na diminuição de interação social por parte do indivíduo acometido da doença. Para tanto, buscar compreender o doente mental e a família no meio social inserido é fundamental para processo cuidado e tratamento.

O tratamento e as relações estabelecidas com os doentes mentais foram marcados por conflitos, sofrimento físico /mental, exclusão social, isolamento e cerceamento de direitos (SILVA, 2014). A doença mental surge como uma barreira que dificulta o contato do indivíduo com o ambiente em que está inserido, levando-o a exclusão social, alienação privando-o da liberdade e da possibilidade do convívio com as pessoas (ALMEIDA; FELIPES; POZZO, 2011). Os autores apontam a doença mental como sendo desencadeante de conflitos familiares e sociais enfrentados pelos doentes mentais, dificultando a formação das relações sociais, provocando isolamento e segregação.

Os recursos terapêuticos dos doentes mentais representam um problema de saúde pública, visto sua alta prevalência e o impacto que causa na vida dos que possuem a doença e de seus familiares (CONCER, 2011). No que diz respeito aos impactos econômicos dos tratamentos psiquiátricos, podem ser destacados gastos com políticas públicas, perdas de produção ou até na renda familiar (SOUZA, 2016). O status socioeconômico do indivíduo também pode ser determinante na progressão dos transtornos mentais (CONCER, 2011).

A terapêutica em saúde mental também depende das condições sociais do indivíduo e do acesso aos serviços de saúde, como o fornecimento adequado de medicações, apoio familiar e cuidado continuado, variáveis estas que podem influenciar e aumentar a necessidade de internação em populações mais vulneráveis (SOUZA, 2016).

Entre os principais transtornos mentais nos hospitais psiquiátricos a esquizofrenia é um dos diagnósticos mais comuns (PEREIRA; JUAZEIRO, 2015). O custo da esquizofrenia é muito alto para a sociedade e afeta pessoas de ambos os sexos, de diferentes culturas, constituindo sobrecarga para a pessoa doente, a família e a comunidade (STEFANELLI et al., 2017).

A esquizofrenia é considerada um Transtorno Mental Grave (TMG), enquadrando-se na categoria das psicoses, caracterizando-se pelo isolamento social, poucos laços afetivos, medo de enfrentamento da realidade, delírios e alucinações. Desta forma, compromete a vida social e as Atividades da Vida Diárias (AVD) destas pessoas, como: fazer sua própria comida, perder noções de higiene, falta de concentração no trabalho, dirigir automóvel, entre outros (DRUMMOND, 2014).

A CID-10 descreve 6 tipos de esquizofrenia, onde em sua maioria os sintomas psíquicos são marcados por isolamento social, conflitos familiares e dificuldade na compreensão da doença por parte da sociedade e parentes próximo (OMS, 2007). Entre os principais transtornos mentais psicóticos a esquizofrenia é caracterizada, pelos seguintes sinais e sintomas:

A **esquizofrenia paranóide** se caracteriza essencialmente pela presença de idéias delirantes relativamente estáveis, frequentemente de perseguição, em geral acompanhadas de alucinações, particularmente auditivas e de perturbações das percepções. As perturbações do afeto, da vontade, da linguagem e os sintomas catatônicos, estão ausentes, ou são relativamente discretos. **Esquizofrenia hebefrênica**, forma de esquizofrenia caracterizada pela presença proeminente de uma perturbação dos afetos; as idéias delirantes e as alucinações são fugazes e fragmentárias, o comportamento é irresponsável e imprevisível; existem freqüentemente maneirismos. O afeto é superficial e inapropriado. O pensamento é desorganizado e o discurso incoerente. Há uma tendência ao isolamento social. A **esquizofrenia catatônica** é dominada por distúrbios psicomotores proeminentes que podem alternar entre extremos tais como hipercinesia e estupor, ou entre a obediência automática e o negativismo. Atitudes e posturas a que os pacientes foram compelidos a tomar podem ser mantidas por longos períodos. Um padrão marcante da afecção pode ser constituído por episódios de excitação violenta. O fenômeno catatônico pode estar combinado com um estado oníróide com alucinações cênicas vívidas. **Esquizofrenia indiferenciada** Afecções psicóticas que preenchem os critérios diagnósticos gerais para a esquizofrenia, mas que não correspondem a nenhum dos subtipos esquizofrenia. **Depressão pós-esquizofrênica** Episódio depressivo eventualmente prolongado que ocorre ao fim de uma afecção esquizofrênica. Ao menos alguns sintomas esquizofrênicos “positivos” ou “negativos” devem ainda estar presentes, mas não dominam mais o quadro clínico. Este tipo de estado depressivo se acompanhada de um maior risco de suicídio. **Esquizofrenia residual**, estágio crônico da evolução de uma doença esquizofrênica, com uma progressão nítida de um estágio precoce para um estágio tardio, o qual se caracteriza pela presença persistente de sintomas “negativos” embora não forçosamente irreversíveis, tais como lentidão psicomotora; hipoatividade; embotamento afetivo; passividade e falta de iniciativa; pobreza da quantidade e do conteúdo do discurso; pouca comunicação não-verbal, falta de cuidados pessoais e desempenho social medíocre. **Esquizofrenia simples** Transtorno caracterizado pela ocorrência insidiosa e progressiva de excentricidade de comportamento, incapacidade de responder às exigências da sociedade, e um declínio global do desempenho. Os padrões negativos característicos da esquizofrenia residual se desenvolvem sem serem precedidos por quaisquer sintomas psicóticos manifestos (CID, 2007, p. 317-319).

Diante de tal sintomatologia, há na maioria das vezes um comprometimento da vida social e as atividades da vida diárias destas pessoas. O meio social destas pessoas poderá ficar prejudicado, visto que os sintomas da doença e os efeitos colaterais das medicações compromete o indivíduo, deixando-o isolado da sociedade, provocado perda da capacidade laboral e estigma da doença mental e preconceitos. (DRUMMOND, 2014; GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008). Assim, o autocuidado fica debilitado necessitando de apoio parcial ou totalmente dos seus familiares.

Historicamente, o cuidado dirigido ao doente mental era circunscrito aos muros do manicômio, sob incumbência da psiquiatria, implicando na retirada do paciente do contexto

familiar/social. Tal medida funcionava como alívio da sobrecarga da família, como também como recurso de afastamento do doente do meio adoeceador, no qual buscava retirar o doente mental das ruas e do convívio social, apontando o doente como socialmente perigoso (ROSA, 2011).

Atualmente, vivemos em um cenário de intensas transformações no campo da assistência à saúde mental, passando a priorizar a atenção comunitária em contrapartida ao modelo hospitalocêntrico (MACHADO; SANTOS, 2013a). Ao longo dessas transformações, o cuidado com o paciente portador de sofrimento mental passou a ser de responsabilidade da família, embora, em muitos casos, esta não se sinta tão preparada. (MACHADO, SANTOS, 2013b). A partir desse processo, as relações entre familiar e usuário, especialmente no que se refere aos cuidados, também estiveram sujeitas aos processos de mudanças do mundo contemporâneo (LUZIO; YASUI, 2010).

As mudanças da Política Nacional de Saúde Mental em 2001 evidenciaram que o isolamento e a segregação dos doentes mentais em instituições de internação não levariam a uma reabilitação. O cuidado com o doente mental poderia ser dado em meio comunitário com suporte de uma rede de assistência apoiando a família neste cuidado (BRASIL, 2001). Diante disto, tornar a família corresponsável no tratamento do parente com doença mental não é tarefa fácil, é merecedora de atenção, orientação e apoio na tentativa de ajudar no desconforto que pode causar nas relações familiares e ao cuidador referencial (KEBBE et al., 2014).

Silva e Bueno (2015) evidenciam o alto número de afastamentos ao trabalho em decorrência da doença mental por meio de dados provenientes da OMS (2011), onde 30% dos trabalhadores ativos sofrem de Transtornos Mentais Comuns e cerca de 10% sofrem de Transtornos Mentais Graves. Tais transtornos são responsáveis por cerca de um terço dos dias de trabalho perdidos no mundo.

O estudo de Silveira et al. (2011) mostra a esquizofrenia como sendo uma das mais graves doenças psiquiátricas que afeta desfavoravelmente a vida dos pacientes em vários domínios, sendo sua incidência universal variante, mas, em geral, afeta entre 0,5 e 1,5% da população adulta.

A incidência é comparável em todas as sociedades, estando na faixa de 0,5 a 5% em cada 10.000 pessoas por ano. Estudos têm apontado que seus efeitos podem variar de acordo com o sexo, mostrando maior comprometimento nos homens quando comparados às mulheres (CARDOSO et al., 2006; TELLES JUNIOR, 2019). No estudo de Lara e Volpe (2017) realizado no estado de Minas Gerais foi observado o perfil de evolução das internações psiquiátricas

sendo constatando um maior número de pacientes acometidos por esquizofrenia e psicoses não especificadas - F20 e F29 (43,6%).

O estudo de Gonçalves e Kapczinski (2008) demonstrou que a prevalência de transtornos mentais na população é de cerca de 12,2% a 48,6% ao longo da vida. Esses dados nos falam da importância dos serviços de saúde, diante do processo de cuidado em saúde mental, questão relevante de saúde pública. A Organização Mundial da Saúde (2001) cita a esquizofrenia como sendo a oitava de maior dano entre as doenças mentais que leva o indivíduo a baixa qualidade de vida, numa proporção de 2,6% entre as pessoas de 14 a 44 anos.

Conforme Rüschi, Angermeyer, Corrigan (2005), a esquizofrenia está entre os transtornos mentais mais estigmatizantes, com estereótipos negativos, ainda visto como perigosos e violentos. Segundo Wahl (1999) e Villares, Sartorius (2003) essas questões levam a um processo negativo, dificultando a estabilidade dos doentes mentais na vida familiar e social, levando o sujeito doente a isolamento e atraso na recuperação. Para Neves (2010) entre as doenças mentais a esquizofrenia é uma das mais severas que acomete a população jovem e adulta entre a faixa etária de 15 a 35 anos, apresentando baixa incidência 3/10.000 e alta prevalência em decorrência a cronicidade.

De acordo Drummond et al. (2014) a doença mental grave e severa, a exemplo da esquizofrenia, produz grande impacto econômico, no tocante aos custos dos tratamentos e manutenção e permanência dos serviços que prestam assistência de modo contínuo e prolongado. Assim, compreender o processo de cuidado dos transtornos mentais é de extrema importância no que se refere à necessidade do cuidado e suas limitações no tratamento.

Para Tykanori (1996) a doença mental leva o sujeito ao isolamento social, a perda de contrato social, baixa interação, empobrecimento de barganha dificultando a reinserção social. Além disso, a fala da inércia, a estereotipia, do alheamento da realidade, da sintomatologia que a doença causa ao ser, da necessidade da compreensão dos sintomas da doença, ou seja, tudo aquilo que tem relação a vida de cada um. Assim, buscar compreender a doença mental no seu contexto social inserido, ajudará no percurso do tratamento (DELL' ACQUA, 1992; AMARANTE, 1996). Outro ponto importante, é a cronicidade da doença e a necessidade de longo tratamento, bem como a maior prevalência no desenvolvimento de complicações no tocante os estigmas sociais, comprometimento da capacidade funcional levando indivíduo a perdas sociais (MARTIN et al., 2011).

O modelo de cuidado, conforme estudos feitos anteriormente, está centrado na psiquiatria, na prática do modelo biomédico, dando pouca valorização do saber social e cultural

sobre o que o doente mental e familiar sabe e compreende da doença e diagnóstico (MACEDO, 2010).

Entretanto, alguns familiares percebem a internação como um período de alívio, por não saberem como agir frente a comportamentos inesperados e bizarros apresentados por tais pacientes diante das crises (PINHEIRO et al., 2010). Assim, os pacientes e seus familiares vivenciam períodos de controle e diminuição dos sintomas, alternados a momentos de crises, recaída psiquiátrica e, na maior parte das vezes, reinternação hospitalar dos doentes mentais (BEHENCK et al., 2011). Segundo Bezerra e Dimenstein (2011), outro fator determinante para reinternação desses pacientes pode estar nas fragilidades dos serviços de reabilitação eficientes, de uma rede efetiva de cuidados posterior à alta hospitalar que garanta a continuidade do tratamento.

Segundo Bezerra e Dimenstein (2011), o problema da reinternação pode ser considerado a partir dos fatores como: ausência de programas de reabilitação eficientes e de programas de acompanhamento posterior à alta hospitalar que garantam a continuidade do tratamento.

Neste contexto, faz-se necessário percorrer diversos pilares do cuidado ao doente mental. Conforme proposta do estudo, iniciarei caracterizando a rede de cuidado em saúde mental, discutindo a política nacional de saúde mental, dialogando com a literatura e buscando compreender o contexto social o qual os serviços estão inseridos.

## **1.2 A rede de cuidado em saúde mental**

Avanços e melhorias são apontadas nos tratamentos psiquiátricos ocorridos com o surgimento da lei 10.216/2002. Nestes últimos anos a política nacional de saúde mental passa por fragilidades e descontinuidade no processo de cuidado a pessoa com transtorno mental, os autores alegam essa descontinuidade as mudanças e revogações de bases legais, que norteiam esta política (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020).

Na contemporaneidade, para compreender a doença mental é necessário que consideremos o indivíduo e seus entornos, ou seja, os aspectos biológicos, sociais, psíquicos e econômicos (GAUDÊNCIO; SILVA; MARTINIANO, 2011). Assim, a doença mental passa por vários momentos e transformação no decorrer da história, sendo um deles a reforma psiquiátrica. Inicialmente o movimento da reforma psiquiátrica acontece na Itália, buscando modificar o modo de cuidar do doente mental, que anteriormente era hospitalocentrico e segregador, passando ao cuidado com foco comunitário em meio social. O Brasil adota este

modelo de cuidado, embasado na lei 10.216/2001, tentando reformar o modelo de cuidado em saúde mental.

O Ministério da Saúde (MS), a partir das discussões sociais da política nacional de saúde mental junto ao Sistema Único de Saúde (SUS), desenvolveu um plano de trabalho, estratégico com diretrizes, objetivando uma assistência com prestação de serviços aos doentes mentais, ofertando uma rede de cuidado efetiva e de nível comunitário, no tocante a atender diversas doenças mentais que acometem o ser humano como: depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo, além dos indivíduos que fazem o uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas como: álcool, cocaína, crack e outras drogas (BRASIL, 2017).

O SUS, em suas diretrizes, garante uma saúde integral visando um cuidado biopsíquico-social, assim, no cuidado com a doença mental. O SUS disponibiliza uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que visa acolher e tratar os doentes mentais nas suas necessidades, composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços de Residências Terapêuticas (SRT), emergências psiquiátricas em hospital geral, e Hospitais Psiquiátricos (BRASIL, 2001). Diante disso, faz necessário considerar a complexidade e o polimorfismo das experiências de sofrimento mental para que se possa fornecer redes de atendimento que contemplem as singularidades de cada sujeito (COELHO et al., 2014).

A RAPS Psicossocial foi instituída pela Portaria nº 3.088/2011, destinando-se a promover a saúde dos indivíduos com sofrimento e/ou transtorno mental e de usuários de crack, álcool e outras drogas. A mesma compactua com vários serviços em uma rede territorializada, com ações de cuidados que se iniciam na atenção primária à saúde até o nível de atenção hospitalar, planejando este, que visa assegurar a permanência dos cuidados. A RAPS Psicossocial destina-se também além de uma assistência integral, a reinserção social do indivíduo com transtorno mental, já que nesta rede composta por vários profissionais atuando interdisciplinarmente tentando garantir uma curta duração de internações hospitalares, com a finalidade de estabelecer a estabilidade clínica do doente mental o mais breve possível, este fato o faz uma rede diferenciada e constata sua assim importância (BRASIL, 2013).

O modelo de tratamento pautado na reforma psiquiátrica brasileira mediante a promulgação da Lei 10.216/2001 e portaria 336/02 do Ministério da Saúde, traz os serviços de saúde mental do Brasil, instituindo os Centros de Atenção Psicossocial, (CAPS), o Programa de Volta pra Casa (PVC), Serviços de Residências Terapêuticas (SRT) e as Emergências Psiquiátricas como ordenadores do cuidado em saúde mental. Este modelo pretende reinserir o

doente mental a sociedade através de um tratamento com uma equipe multiprofissional uma abordagem transdisciplinar, com atividades terapêuticas e inclusão social com o apoio da comunidade e dos diversos serviços de saúde do território (BRASIL, 2002).

Após a promulgação da lei 20.216/01, o número de CAPS se torna crescente pelo Brasil, como mostra a figura 1. Cruz; Gonçalves e Delgado (2020) apresentam o crescente número de implantação dos CAPS no Brasil, serviços que compõe a RAPS Psicossocial, modelo de assistência ao cuidado com foco no território e na comunidade.

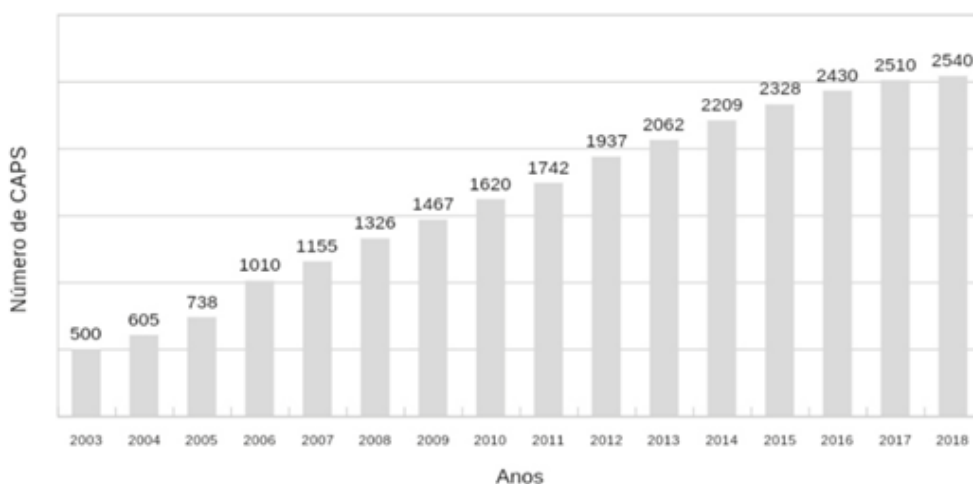


Figura 1- Centros de atenção psicossocial no Brasil de 2003 a 2018.  
Fonte: (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020)

Outro modo de tratamento do doente mental são os hospitais psiquiátricos, com internações de no máximo 90 dias, conforme portaria ministerial 2.434/2018, e utilizam terapêuticas medicamentosas como principal norteadora do tratamento (BRASIL, 2018). A permanência do hospital psiquiátrico entre os serviços que compõem a rede de saúde mental nos leva a analisar a necessidade deste dispositivo, diante das necessidades enfrentadas na efetivação da RAPS nos cuidados dos doentes mentais graves de modo efetiva.

A Política Nacional de Saúde Mental, após cinco anos da aprovação da lei 10.216/2001, que institui o modelo substitutivo aos manicômios, apresenta a existência de 42.076 leitos psiquiátricos, distribuído nos 228 hospitais das seis regiões, conforme exposto na figura 2. Em sua maioria são leitos privados (58%), concentram-se historicamente nos centros de maior desenvolvimento econômico do país, deixando vastas regiões carentes de qualquer recurso de assistência em saúde mental (BRASIL, 2003), como exposto na figura 3.

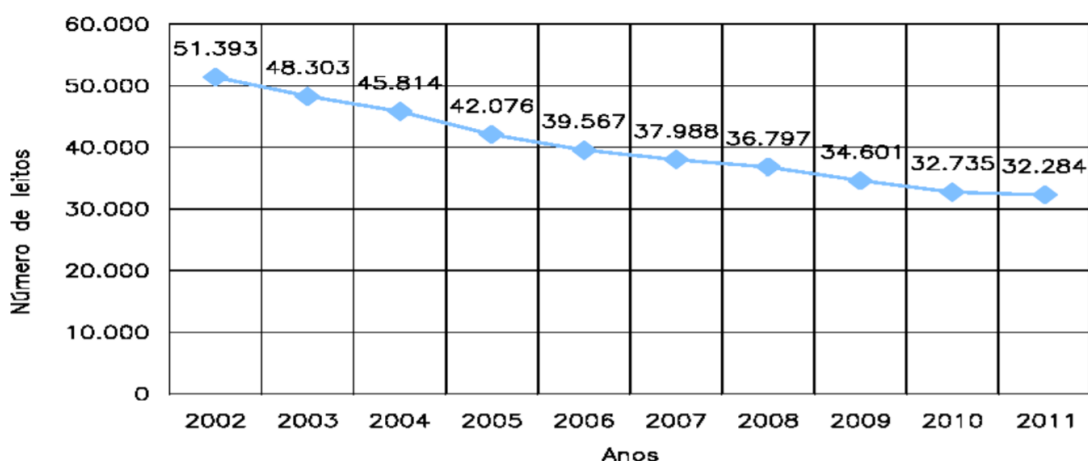


Figura 2- O processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos  
 Fonte: (DUARTE; GARCIA, 2013).

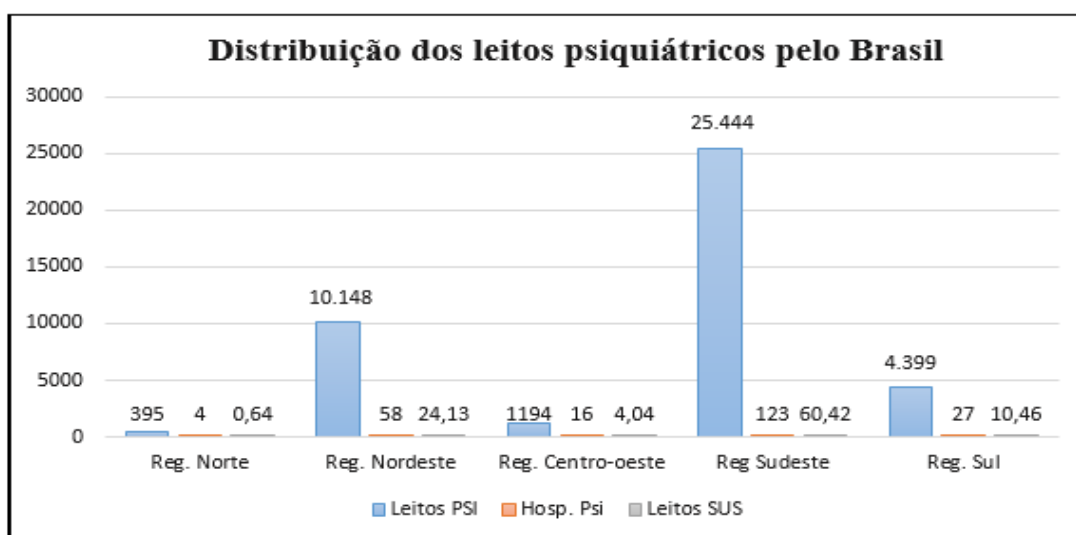


Figura 3- Distribuição dos leitos psiquiátricos pelo Brasil  
 Fonte: (BRASIL, 2003).

O hospital psiquiátrico é uma instituição que faz parte dos serviços que tratam os doentes mentais no Brasil, sendo estes acompanhados pelo Programa Nacional de Avaliação Serviços Hospitalar/Psiquiatria (PNASH), conforme portaria 251/2002. O Ministério da Saúde observou a precariedade dos cuidados em determinados hospitais psiquiátricos e uma rotatividade de internações dos doentes mentais, que pós alta retornam para uma nova internação. Este fenômeno nos chama a atenção em saber o que ocorre que levam estes doentes mentais buscar novas entradas e suportes hospitalares.

O projeto de desconstrução do hospital psiquiátrico possibilitou a ampliação de uma rede de cuidados substitutiva, cuja discussão foi norteada por três princípios, a saber: do confinamento à liberdade; da tutela à autonomia e do trabalho protegido à produção da vida



(MACEDO; SILVEIRA; EULÁLIO, 2011). A reforma psiquiátrica procurou resgatar a cidadania e o amparo dos doentes mentais e gradualmente conseguiu diminuir o uso dos manicômios, substituindo-os por serviços extra-hospitalares e, quando necessário, o internamento realizado em hospitais gerais, porém em alas reservadas a psiquiatria (ALMEIDA; FELIPES; POZZO, 2011).

Nos anos de 2001 a 2013, foi desenvolvido um estudo sobre evolução do número de internações em hospitais psiquiátricos. Os resultados mostraram uma decrescente queda caracterizado pela promulgação da lei 10.216/2001 que autorizava a gestão pública de saúde implantar a rede de cuidado psíquicos social, com a prioridade na atenção extra-hospitalar, bem como o descredenciamento dos hospitais privados avaliados pelo PNASH por serem considerados precários para tratamentos dos doentes mentais (LARA; VOLPE, 2019).

Desta forma, pela promulgação da Política Nacional de Saúde Mental, no ano de 2001, o hospital psiquiátrico deixa de ser a instituição mais indicada para o tratamento dos doentes mentais no Brasil. Todavia, ainda se nota uma tendência a internação por parte de alguns familiares durante o enfrentamento as crises dos seus entes doentes. Logo, não há como descaracterizar e/ou apagar um passado, uma história essa construída no lugar da loucura, muitas vezes conhecido como “hospital”, ou até mesmo responsabilizar a família pelo cuidado ao doente mental.

É preciso olhar além da doença, na tentativa de compreender o doente mental e a família no contexto social inserido, a internação como um pedido de ajuda, um lugar de alívio, uma história de vida, assim, poderemos melhor compreender o fenômeno da reinternação.

A reinternação em hospitais psiquiátricos evidencia um grande desafio da Reforma Psiquiátrica, tendo em vista que, a ausência de uma rede extra-hospitalar que acolha a demanda e garanta uma atenção de qualidade e sustentação nos momentos da crise a qual os pacientes e familiares passam no percurso da doença (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2011).

Nesta perspectiva, faz necessário abordar o contexto social das relações familiares, buscando compreender o processo de cuidado dos doentes mentais no núcleo familiar, os conflitos e as demandas existentes no que tange lidar com o doente mental nas suas diversas questões subjetivas. Assim, busquei abordar o contexto da família como um norteador social no processo de cuidado.

### **1.3 As relações familiares e a doença mental**

O grupo familiar constitui o alicerce mais firme da ordem social estabelecida, representando a base do sistema social, sendo instituição criada pelos homens para responder às necessidades sociais e controlar a conduta de seus membros (SANTOS et al., 2018). As famílias de origem adquirem papel fundamental na produção do cuidado comunitário da pessoa com doença mental, passando a compartilhar com os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, cuidado esse que antes era realizado quase que exclusivamente pelos manicômios (SANTOS; ROSA, 2017).

Quando um membro da família adoece mentalmente, a família enfrenta preconceitos sociais e carrega consigo estigmas que ela própria sustenta, acreditando que a melhor solução é o isolamento (DUARTE; CARVALHO; BRENTANO, 2018). Os dados apontam para a sobrecarga objetiva dos cuidadores, proporcionada pelas dificuldades de manejo da crise e dos comportamentos auto agressivos dos familiares acometidos (KEBBE et al., 2014).

Essas famílias se veem obrigadas a se tornarem responsáveis pelos doentes, tanto emocionalmente, no que tange à estigmatização, à discriminação, à privação da vida social e estresse em face de um comportamento perturbado e ao comprometimento da rotina doméstica, quanto financeiramente, relativo aos gastos com o tratamento dos doentes mentais (CONCER, 2012). Diante disso, nota-se que a reforma psiquiátrica trouxe inúmeros desafios aos profissionais de saúde mental, sendo um deles a inclusão da família na continuidade do tratamento, bem como a sua inserção na demanda de cuidados (HUMEREZ, 2012).

A família assume, atualmente, a responsabilidade de cuidar e acompanhar o tratamento junto aos serviços, convivendo diretamente com aqueles que eram excluídos do convívio familiar e comunitário (SANTOS; ROSA, 2017). Muitas das famílias não se sentem preparadas para cuidar de seus entes acometidos de alguma doença mental e necessitam de auxílio para desempenhar o papel de cuidador, visando conseguir atender os cuidados integrais do mesmo (ALMEIDA; FELIPES; POZZO, 2011). Isso se agrava em casos que a doença tem uma história de longa duração, com várias recidivas de manifestações de crise, gerando sobrecarga de ordem física, emocional e econômica e social, alterando todo o cotidiano familiar e comprometendo saúde, vida social dos seus membros (NASCIMENTO et al., 2016).

O convívio do doente mental ocorre em sua grande maioria no meio familiar. A família deste doente assume as maiores responsabilidades, tendo como consequências alterações na rotina familiar, gastos financeiros e outros tipos de preocupações. A família recebe uma grande

carga emocional e de informações configurando-se na entidade com maior força de compreensão do doente (PALMEIRA; GERALDES; BEZERRA, 2009).

Diante disso, a percepção da família é importante para a compreensão da experiência cotidiana da pessoa com doença mental, vivência das ocorrências de surtos, crises, internações e reinternações. A peregrinação da família em busca de ajuda em compreender a doença mental, passa além do biológico ou psiquismo, perpassa pela religião, cultura, escolaridade. A percepção de ver a severidade da doença, muito das vezes os familiares acreditam até numa remissão espontânea (HUMEREZ, 2012).

Conforme exposto, considera-se relevante compreender a visão dos familiares na convivência com o doente mental, mediante suas histórias de internações e reinternações. Os familiares, muitas vezes, não aceitam seus filhos, irmãos, pais doentes mentais de volta ao lar, por medo da possível periculosidade, do cuidado que terão que dispender, dos sentimentos negativos provenientes das experiências passadas, (MACEDO; SILVEIRA; EULÁLIO, 2011). A partir disso, o entendimento e a aceitação da doença mental por parte da família se tornam um elemento de extrema importância na reabilitação do indivíduo com doença mental (ALMEIDA; FELIPES; POZZO, 2011).

O cuidado com pessoa com doença mental é delegado aos familiares, principalmente as mães, culturalmente esta relação é alimentada de sentimentos, afetos, medos, expectativas e receios. Para Covelo e Moreira (2015) os valores e crenças dentro dos aspectos culturais influenciam no sofrimento, além de evidenciarem um lado de culpa ao cuidador, muitas das vezes os familiares desejaram internar, abandonar ou mesmo a morte do seu parente, mas na fúria do sofrimento, da ordem do desejo inapropriado.

A tarefa de cuidar e viver com alguém com sofrimento psíquico pode ser muito desgastante, principalmente nos momentos de crise, fazendo-se necessário o apoio dos familiares e cuidadores em relação ao manejo desses momentos críticos (DUARTE; CARVALHO; BRENTANO, 2018).

Os cuidadores predispõem-se ao desenvolvimento de sofrimento mental e comprometimento da vida social, ocupacional e financeira, pois as demandas da pessoa com transtorno mental podem tornar-se uma experiência vivida com sobrecarga para o cuidador (KEBBE et al., 2014).

A sobrecarga da relação de cuidado leva os familiares anularem sua própria vida em favor do doente, principalmente quando este é doente mental grave virtude da complexidade da doença (ALVES et al., 2018). Outro fator que provoca profundo estresse para os familiares é o

fato de as pessoas manifestarem comportamento inexplicável, muitas vezes contraditório, tendo dificuldade em perceber o ambiente adequadamente (STEFANELLI et al., 2017).

Os familiares que cuidam de pacientes com doença mental necessitam de apoio, pois frequentemente sua saúde mental também pode tornar-se prejudicada, porque são afetados com as mudanças no seu cotidiano (DUARTE; CARVALHO; BRENTANO, 2018).

A Política de Saúde Mental brasileira vigente preconiza o retorno breve e a permanência da pessoa com transtorno psíquico para o seu núcleo familiar e social com o intuito de aproximar o mesmo ao lazer, a comunidade e o ambiente de trabalho (MELO; GUIMARÃES, 2005). Nesta perspectiva os serviços de acompanhamentos da RAPS são de extrema importância na continuidade do tratamento e apoio as relações familiares dos doentes mentais, buscando mantê-los estabilizados em meio as crises, além de buscarem a reinserção destas pessoas ao meio social.

A família, muitas vezes, encontra na internação um lugar de alívio do cuidado, do fardo do dia a dia, como cita Duarte; Carvalho; Brentano (2018). O lidar com o doente mental em crise, as dificuldades de relações, sociais, financeiras e psicológicas comina muitas das vezes em uma internação em um hospital psiquiátrico. Estas internações dos doentes mentais deixaram muitos pacientes longe dos laços sociais e familiares. As relações ficam fragilizadas em cada crise que acontece no percurso da doença, diminui a aproximação do paciente e dos familiares, fazendo com que as trocas de afetos sejam cada vez menores (COVELO, 2015).

As relações sociais e familiares dos doentes mentais, são afetadas, desgasta-se e se distanciam da vida social, restringindo a suas casas. A falta de conhecimento da doença, apoio familiar, exclusão social, preconceito, levam estas relações a desgastes de grandes proporções (MELMAN, 2002). Além da falta de preparo e de conhecimento para lidar com esta situação, convivem diariamente com o estigma e a discriminação da sociedade, o que acarreta num ônus significativo em suas vidas (DUARTE; CARVALHO; BRENTANO, 2018).

Diante do enfrentamento da doença mental, dos desgastes das relações familiares no enfrentamento a crise do doente mental, o estigma social em decorrência da doença mental, a cultura constituída no decorrer da história da doença mental, faz os familiares buscarem no hospital psiquiátrico um lugar de cuidado, apostando que este irá ajudá-los, assim, as reinternações tornam-se rotinas de acordo como a crise acontece e o familiar compreende dentro do contexto vivenciado.

#### **1.4 A reinternação em hospital psiquiátrico**

A literatura aponta o processo de reinternação dos doentes mentais em hospitais psiquiátricos, analisando o contexto social e as relações familiares do fenômeno das idas e vindas dos doentes mentais. Batista e Oliveira (2005) avaliaram a reinternação em hospital psiquiátrico e a vivência destes doentes mentais no cotidiano pós internação, apontando que a reinserção social é fragilizada, que a vida cotidiana dos entrevistados é traçada por isolamentos, confinamentos nos domicílios ou no ambiente hospitalar.

Um estudo sobre as internações em um hospital psiquiátrico público de Belo Horizonte no período de 2002 a 2011 evidenciou a redução no total de atendimentos, contudo, um aumento do número de internações com redução do tempo de permanência e manutenção da taxa de reinternação (COELHO et al., 2013). Ainda sobre internações psiquiátricas, foi relatado em outro estudo que 62,5% dos doentes mentais admitidos, haviam sido internados anteriormente sendo 33,3% com diagnósticos de esquizofrenia. Segundo os autores, a internação em hospital psiquiátrico durante a crise é um recurso necessário, principalmente nos transtornos mentais graves e severos (CARDOSO et al., 2011).

No que se refere às avaliações das internações dos indivíduos com transtornos mentais, autores descrevem a baixa rotatividade nos leitos psiquiátricos, mostrando-se preocupados com a reinternação e no que refere a efetividade e resolubilidade da rede de atenção à saúde mental. O desafio da porta “giratória dos hospitais psiquiátricos” faz menção a capacidade de ir e vir do doente mental com maior frequência em curto prazo, ocupar os leitos dos hospitais psiquiátricos. Este fato aponta a necessidade de compreender a complexidade das reinternações dos doentes mentais em hospital psiquiátricos, bem como analisar a relação da família destes doentes mentais (RAMOS; GUIMARÃES; ENDERS, 2011).

A literatura nacional sobre o cuidado e tratamento de pacientes em hospitais psiquiátricos traz uma crítica da assistência e do modo como é conduzido o tratamento do doente mental, cita os ambientes institucionais como lugares não terapêuticos, os tratamentos como não humanizados, de pouca dignidade humana, mencionam cenas que assustam o leitor diante da problemática (MARTINHAGO et al., 2015; ANDRADE et al., 2017). Assim, as longas internações e o distanciamento das relações familiares dificultam o retorno do paciente esquizofrênico ao convívio social (ROTELLI et al., 1981).

Segundo Salles e Barros (2007) e Ramos, Guimarães; Enders (2011), o modelo de cuidado da reforma psiquiátrica, propunha a reinserção e cuidado comunitário. Porém os autores apontam a existência de um número alto de retorno às internações em hospitais

psiquiátricos, as pesquisas apontam uma fragilidade na continuidade desse cuidado no tocante aos dispositivos de saúde do território.

O desgaste das relações que circula entre os doentes mentais e seus familiares, que, muitas das vezes encontram-se em plenos conflitos, terminam a culminar em internações em hospitais psiquiátricos, sendo algo do não suportar, nestes momentos o apoio encontrado são os serviços de atenção psíquico social, sendo a internação uma das alternativas para a família em vários momentos, levando distanciamento e isolamento do doente do convívio familiar e social buscando aliviar o sofrimento e desgastes das relações (COVELO et al.,2005).

As famílias também sofrem as consequências das ideias que permeiam o imaginário sobre a loucura, como a periculosidade e a incapacidade tida como inerentes. Neste entendimento, restaria ao familiar recorrer à institucionalização. Quando os familiares têm apoio e participam de espaços coletivos de mobilização, são capazes de produzir mudanças em suas vidas e na de seu familiar que está em sofrimento intenso (KINKER et al., 2010; ROSOLEM, 2016).

Observa-se que, muitas vezes os pacientes têm recidivas hospitalares, não somente em virtude de sua condição clínica, mas também pela falta de suporte familiar ou social, baixa adesão ao tratamento, além de falta de medicamentos, baixo conhecimento sobre sua doença e também abandono de tratamento (CASTRO; FUREGATO; FERREIRA SANTOS, 2010; ZANATTA; SILVA, 2015). Ademais, os familiares, muitas vezes, não aceitam seus filhos, irmãos, pais doentes mentais de volta ao lar, por medo da possível periculosidade, do cuidado que terão que dispender, dos sentimentos negativos provenientes das experiências passadas (MACEDO; SILVEIRA; EULÁLIO, 2011).

Atualmente, existe a problemática sob a perspectiva dos familiares que vivenciam a transformação do modelo assistencial psiquiátrico. Todavia, há escassez de estudos que investiguem as percepções e opiniões dos pacientes em relação ao envolvimento da família no contexto da desinstitucionalização psiquiátrica (MACHADO; SANTOS, 2012). Diante disso, considera-se relevante compreender a visão dos familiares na convivência com a pessoa doente mental, mediante suas histórias de internações e reinternações (MACEDO; SILVEIRA; EULÁLIO, 2011).

O fenômeno da reinternação em hospitais psiquiátricos evidencia um grande desafio da Reforma Psiquiátrica, tendo em vista a necessidade de uma RAPS efetiva, extra-hospitalar que acolha a demanda e garanta uma atenção de qualidade (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2011).

O modelo de cuidado da reforma psiquiátrica propunha a reinserção e cuidado comunitário. Porém, a existência de um número alto de retorno às internações em hospitais psiquiátricos, evidenciando uma fragilidade na continuidade desse cuidado no tocante aos dispositivos de saúde do território (RAMOS; GUIMARÃES; ENDERS, 2011).

As reinternações psiquiátricas não são um problema que nasce com a desinstitucionalização em si, mas com esse processo evidencia-se a internação abusiva na prática psiquiátrica brasileira de outrora e a insuficiência da rede de atenção vigente na atualidade (RAMOS, 2011). Nas discussões dos autores, é possível identificar a existência de uma fragilidade entre a relação familiar e a rede de assistência, sendo importante lembrar que estamos diante de um processo de construção e mudança social que influencia o campo subjetivo, dos doentes mentais e do meio social inserido e que tal mudança não ocorre repentinamente.

Embora as internações atualmente não sejam mais de longa permanência, a institucionalização dos pacientes acontece, em muitos casos, mediante repetidas internações relativamente breves em diferentes hospitais, o que caracteriza o uso frequente da internação, tratar-se de um indicador multifatorial, que reflete, além das condições do paciente, aspectos sociofamiliares, adesão ao tratamento, organização e qualidade da assistência prestada pela rede de serviços de saúde mental (MACHADO; SANTOS, 2013b).

Além disso, a persistência de readmissões psiquiátricas no cotidiano dos serviços de saúde mental merece atenção, uma vez que readmissões psiquiátricas são configuradas como um alerta epidemiológico para a necessidade de monitoramento das mudanças nas práticas de cuidado. Além disso, frequentes hospitalizações podem gerar cronicidade da doença, aumentando o isolamento e o distanciamento de o mundo real, a privação familiar e da vida social, do mesmo modo da solidificação dos estigmas (RAMOS; GUIMARÃES; MESQUITA, 2014).

Por outro lado, não podemos deixar de enfatizar a fragilidade familiar no processo de cuidado dos doentes mentais, o suporte a família é de extrema necessidade, conforme citado na literatura (MELMAN, 2002; KEBBE et al., 2014). O lugar da internação não é meramente livrar-se do doente mental, mas, muitas das vezes da ordem de não saber como agir frente às crises.

Partindo deste contexto, no qual a família busca suporte no acolhimento para o cuidado com a doença mental de seus entes e enfatizando o lugar dos serviços de saúde mental instituídos no SUS, a doença mental necessita de cuidado contínuo e intenso. O recorte desta

pesquisa é buscar nas relações familiares dos doentes mentais a percepção destes sobre as reinternações.



## **2 OBJETIVO**

Analisar a percepção dos familiares a respeito da reinternação hospitalar de pacientes com problemas mentais em um Hospital Psiquiátrico.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 Tipo de estudo

Foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa com aproximação da Antropologia. Conforme descrito por Oliveira (1996) a etnográfica é composta por três momentos: o “olhar”, o “ouvir” e o “escrever”:

**Olhar:** funciona como uma espécie de prisma por meio do qual a realidade observada sofre um processo de refração. **Ouvir:** não pode ser considerado como sendo incapaz de gerar analogias com outras situações de pesquisa, com outros objetos concretos de investigação. **Escrever:** passa a ser parte quase indissociável do nosso “pensamento”, uma vez que o ato de escrever é simultâneo ao ato de pensar (OLIVEIRA, 1996, p. 15 e seg).

A relação interpessoal diante do campo da etnografia norteou-se na observação em profundidade, no olhar, ouvir e escrever, observando que a sensibilidade do pesquisador que se faz necessário diante do estudo em questão (ANDRADA, 2018). Oliveira (1996) traz que o desafio do olhar, ou seja, a busca de um olhar a nossa maneira, necessita de uma sensibilidade do pesquisador na domesticação teórica do olhar. Este elemento torna-se fundamental no que concerne a maneira de ver a realidade do campo e objetivo estudado. Assim, o sentido do olhar trará elementos para compor as discussões do nosso estudo.

As imagens, mapas memoriais vivenciados, cenas, expressão corporal, estrutura física, processo de organização e abordagem profissional, são momentos marcantes que o olhar na etnografia diante do seu objetivo estudado passa a ser investigativo. Neste contexto, o ouvir se completa ao olhar, fazendo-se necessário abrir um canal de comunicação, o qual os participantes possam expressar palavras, signos e significados do seu meio vivido, das experiências e das riquezas culturais que adquiriu na vida. Assim, no roteiro da entrevista da pesquisa da etnografia, o pesquisador apresenta questões dos objetivos que buscam compreender através do ouvir tais explicações e narrativas, na tentativa de construir corpus empírico do grupo estudado (OLIVEIRA, 1996).

Como terceiro momento da pesquisa etnográfica existe o escrever, sendo esse o ato do pesquisador sintetizar e dissertar a vivência do campo e objeto estudado. Para Oliveira (1996), os rabiscos, as anotações do diário de campo, as transcrições levam o pesquisador a cumprir o seu maior nível cognitivo, uma vez que o mesmo deve manter a escrita com palavras que verdadeiramente expressem o que foi dito pelos participantes. Praticar etnografia é constituir relações, selecionar informantes, transcrever textos, edificar genealogias, mapear campos, manter um diário, e assim por diante. Para que essa leitura etnográfica seja de fato eficaz, é necessário realizar uma descrição densa da cultura estudada, sendo esse um enredo que precisa

ser interpretado. Consequentemente, é preciso entranha-se naquela trama e estar com o olhar treinado para interpretar as ações simbólicas dentro do contexto (VIANA, 2020).

Neste sentido, o presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa com aproximação etnográfica que busca compreender “a visão de mundo de membros de um grupo cultural e descrever seus costume e normas” (POLIT; BECK, 2019). Na concepção de Germain (1993) a etnografia “fornece conhecimento que pode ser usado para nos ajudar a compreender nossa cultura e a dos outros”.

Nesta perspectiva, o pesquisador buscou em profundidade, elementos e unidades sociais que envolvem o grupo estudado por entender que, na pesquisa qualitativa, o controle dos sentidos, da significação dos fenômenos observados, da atitude cognitiva do pesquisador/observador, são elementos essenciais sob a ótica da antropologia (DUARTE, LEAL, 1988). Para Geertz (1989, pag.14) “o etnógrafo inscreve o discurso social: ele o anota”. Ele produz uma construção de significados dos indivíduos estudados. E na escrita, deixa transparecer o significado, a essência, o pensamento de um evento relatado, não do evento em si, mas da teia de significados.

### **3.2O local da pesquisa**

#### **3.2.1 Rede de assistência em saúde mental na cidade de Campina Grande-PB**

A história da assistência psiquiátrica de Campina Grande surgiu em meados de 1960 a partir da construção de dois hospitais psiquiátricos de caráter asilar e prestadores privados de serviços de assistência mental. A primeira clínica psiquiátrica do município foi o Instituto Neuropsiquiátrico de Campina Grande - Clínica Dr. Maia, fundada pelo médico Raimundo Maia de Oliveira, o primeiro psiquiatra da cidade. A segunda clínica psiquiátrica foi o Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional (ICANERF) (AZEVEDO, 2010).

Em abril de 2005, a cidade assistiu ao fato que talvez tenha representado a mudança mais radical na saúde mental deste município: o descredenciamento pelo SUS do maior hospital psiquiátrico da cidade (SOUZA; EULÁLIO, 2011). A estrutura física, os recursos humanos, a administração e o tratamento desumano dispensado dos internos se apresentaram como indícios consistentes de que o hospital não poderia ser modernizado (CIRILO; OLIVEIRA FILHO, 2010).

Diante do inesperado quadro com que o município se encontrava, ou seja, com a diminuição drástica de leitos psiquiátricos, toda a região no seu entorno precisou de políticas emergenciais que garantissem o atendimento às pessoas que precisavam de tratamento psiquiátrico (SILVA, 2014). Para desmontar a ordem vigente, fazia-se necessário estabelecer

um plano estratégico, que melhorasse a qualidade de vida dos pacientes e possibilitasse alternativas de tratamento, fora do hospital, inseridos na comunidade (CIRILO; OLIVEIRA FILHO, 2010). Entretanto, diversos pacientes já haviam perdido o elo familiar e laços sociais e se tornaram verdadeiros moradores do hospital psiquiátrico, sendo, nesses casos, encaminhados para as residências terapêuticas (MACEDO, SILVEIRA, EULÁLIO, 2011). Com o descredenciamento da instituição aconteceu a intervenção federal no qual o Ministério da Saúde se fez presente na concretização do fechamento do hospital e desinstitucionalização dos pacientes com assistências nos serviços substitutivos que já se consolidavam na cidade, formando assim uma rede de cuidado (KINKER, 2010).

O processo de desinstitucionalização e de redução de leitos em Campina mobilizou os gestores do SUS para a construção de novas soluções para as demandas de saúde mental na região (BRASIL, 2005). A efetivação da Reforma Psiquiátrica em Campina Grande exigiu muita agilidade e imaginação na implantação da rede substitutiva, de tal modo que fossem garantidos o cuidado e a assistência aos internos (CIRILO; OLIVEIRA FILHO, 2010).

Segundo Souza e Eulálio (2011) para tornar mais fácil a transição, a equipe de intervenção realizou algumas reuniões com os familiares, nas quais os mesmos podiam tirar dúvidas, esclarecer questões e serem informados sobre as mudanças que estavam ocorrendo.

Diante do processo de intervenção ocorrido especificamente em um dos hospitais psiquiátricos da cidade, o ICANERF, a clínica Doutor Maia permaneceu cadastrada ao SUS prestando serviço de internação aos doentes mentais da cidade de Campina Grande - PB e região, compondo a rede de cuidado em saúde mental.

Atualmente, a rede de atenção psicossocial de Campina Grande – PB está organizada com serviços substitutivos e hospitalar, conta com Centros de Atenção Psicossocial- CAPS (2) CAPS I; (1) CAPS II; (1) CAPS III; (1) CAPS-AD; (1) CAPS-AD infante-juvenil; (1) CAPS i; (1) emergência psiquiátrica; (05) Serviços de Residências Terapêuticas – SRT e consultório de rua (Tabela 1). Além disso, há uma clínica particular neuropsiquiátrica chamada de Doutor Maia, apresentando cerca de 150 leitos conveniados ao SUS, que atua junto a rede de serviços de saúde mental há décadas, com internações psiquiátricas de permanência de acordo com a portaria ministerial 251/2002 (BRASIL, 2002). De acordo com o levantamento feito referente aos atendimentos realizados na clínica Dr. Maia no período de agosto de 2010 a agosto de 2011, observou-se um total de 1414 internações, sendo uma média de mais de 117 internações/mês (ARAÚJO, 2017).

Tabela 1 - Serviços da Rede Psicossocial da cidade de Campina Grande - PB

Serviços	Quantidade	Clientela	Funcionamento
CAPS I	02	Transtornos mentais gerais: Adultos, criança e álcool	Segunda a Sexta Feira das 08 às 17 horas
CAPS II	01	Transtornos mentais em adultos	Segunda a Sexta Feira das 08 às 17 horas
CAPS III – transtornos mentais	01	Transtornos mentais graves e severos em adultos	Segunda a Domingo incluindo feriados 24horas
CAPS Ad III infanto-juvenil	01	Usuários de álcool e outras drogas em jovens	Segunda a Domingo incluindo feriados 24horas
CAPS i	01	Crianças e adolescentes em sofrimentos psíquicos	Segunda a Sexta Feira das 08 às 17 horas
CAPsinho	01	Intervenção precoce a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico	Segunda a Sexta Feira das 08 às 17 horas
Emergência Psiquiátrica	01	Usuários em crises	Segunda a Domingo 24 horas
Centro de Convivência	01	Atividades Artísticas Culturais para usuários de saúde mental e toda comunidade	Segunda a Sexta Feira das 08 às 17 horas
Serviços de Residências Terapêuticas	06	Moram os usuários egressos do hospital psiquiátricos com mais de dois anos de internações que a família não acolheram	Residem de 07 a 08 usuários em cada casa

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande-PB (2020)

A Clínica Dr. Maia, localizada no centro comercial de Campina Grande – PB (figura 4), e infraestrutura antiga, com faixada caracterizada como uma casa na qual funciona a parte administrativa, porém ao fundo apresenta uma área aberta com dois pavilhões onde encontram-se as enfermarias feminina e masculina. Foi criada em 1966, no período de Ditadura Militar. A maior clínica psiquiátrica no interior da Paraíba, presta assistência ambulatorial, e de urgência e emergência do modo particular. Recebe os pacientes para internação pelo SUS quando estes são tidos como “já da casa” através de contatos dos próprios familiares, ou de serviços que busquem vagas e tenha disponibilidade. Tem capacidade para internar 150 pacientes, sendo 90% desses credenciados ao SUS. Os pacientes têm acesso à internação através de encaminhamento por escrito ou por contatos telefônicos de outros serviços de saúde mental, com agendamento da internação conforme a vaga disponível, como também pelo contato dos familiares pleiteando as vagas junto os profissionais da clínica.

Figura 4 - Visão Panorâmica da entrada do Hospital Psiquiátrico Dr. Maia



Fonte: Soares (2020)

Na internação, os pacientes vêm acompanhados de familiares, em ambulância do SAMU dos municípios, escoltados pela polícia. O processo de internação ocorre durante o dia, após consulta médica e diagnóstico. Entretanto, quando o paciente não reside no município de Campina Grande – PB, a vaga poderá ser disponibilizada por meio de regulação, via e-mail ou telefone, junto ao serviço social, necessitando de agendamento e programação da vinda do paciente para aquele momento.

O acesso dos pacientes para internação, acontece pela entrada da recepção principal, onde existe o consultório médico, que se destina à avaliação os pacientes na admissão, sendo encaminhados quando da existência de vaga disponível pelo SUS. Esta entrada, leva aos pavilhões internos, que são divididos em dois. O pavilhão A é composto por dois postos de enfermagem, atendendo apenas pacientes do gênero masculino. O posto enfermagem 01 é conhecido como posto de admissão, acolhendo os pacientes mais agitados e agressivos, apresentando capacidade para receber cinquenta pacientes. Já no posto de enfermagem 02, com amplitude para cinquenta leitos, ficam os pacientes que já se encontram internados. O pavilhão B, composto por cinquenta leitos, existe apenas um posto de enfermagem que atende apenas paciente do gênero feminino.

Ressaltamos que o pesquisador não possuía vínculo empregatício institucional, que buscassem associar interesses pessoais e sociais, bem como na ampliação de seus conhecimentos no que tange as internações destas pessoas com transtornos mentais. Apresentava-se como pesquisador da universidade, usando vestimentas simples e comum,

portando em mãos uma pasta contendo os termos de consentimentos, diário de campo para suas anotações.

### **3.3 Participantes da pesquisa**

Os participantes da pesquisa foram 14 familiares de pacientes ali internados. Os entrevistados foram todos aqueles que aceitaram participar da pesquisa até a saturação do conteúdo. Ademais, todos participantes concordaram em participar mediante autorização e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Como critério de inclusão era necessário que o participante fosse familiar de paciente diagnosticado com doença mental grave em reinternação com sintomas graves. Como critério de exclusão referem-se àqueles familiares no qual o paciente estava internado por consequência da dependência química, bem como aqueles com primeira internação.

### **3.4 Instrumentos e procedimentos de coleta de dados**

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas individuais que aconteceram em dias úteis no período de fevereiro de 2020 e maio de 2020, conforme horário de visita do serviço, e respeitando o horário de encontro dos familiares com o interno. Foram realizadas entrevistas abertas e registro em diário de campo, com duração média de aproximadamente 30 minutos. Bem como, foram elaboradas notas sistemáticas em diário de campo para registrar demonstração de sentimentos, emoção ao narrar os fatos, a forma como se relacionam com o parente em processo de reinternação.

Para realização das entrevistas, foi disponibilizada uma sala no Hospital Psiquiátrico com uma janela para a sala de espera durante os dias de visita, conforme mostra a figura 5. As entrevistas foram conduzidas através de um roteiro semiestruturado (Apêndice 1). Foi esclarecido aos participantes que os depoimentos foram gravados em drive, a fim de armazenar informações em sua totalidade, assegurando a fidedignidade da pesquisa.



Figura 5- Sala utilizada para realização da entrevista  
Fonte: Soares (2020)

É importante ressaltar que durante as abordagens aos familiares para resolução dos questionários, surgiam diversos pontos relevantes, como por exemplo: “mas não é para dá alta a ele não”, “é para aposentar” ou “ele não está bom para ir para casa”. Essas frases demonstravam preocupação e medo com a alta, bem como uma tensão em mediante a aproximação. Após as explicações observava que os participantes ficavam à vontade em falar, contar suas histórias, como também demonstravam preocupados com a vida que estavam levando, chegando a se emocionar em diversos momentos. Outro fator percebido a necessidade de fala, escuta após se sentirem acolhidos, observando uma demanda de sofrimento, um desgaste mental e social.

### **3.5 Procedimento de análise dos dados**

Foram realizadas as transcrições das entrevistas, buscando manter o conteúdo narrado pelos participantes, sendo conferido o texto dissertativo em relação ao áudio para garantir fidedignidade do conteúdo. Além disso, buscando respeitar o anonimato dos participantes, os depoimentos foram codificados com a letra “C”, seguida do número que corresponde a sequência cronológica da realização das entrevistas.

Os depoimentos transcritos foram submetidos a análise de conteúdo por modalidade temática, como descrito por Bardin (2016). A primeira etapa empregada foi constituída da *preparação inicial do material*, realizada com a gravação, em seguida de transcrição para os arquivos de computador - o material empírico, o que se tornou o *corpus*, a partir do qual foram estruturadas as categorias analíticas e as respectivas subcategorias. A segunda etapa, identificada como *Pré-análise*, constituiu-se na realização de leituras flutuantes, fazendo emergir o que se destaca e visando a uma impregnação do conteúdo, identificando os ditos e não-ditos, referentes ao tema.



Em seguida, passamos à etapa denominada *categorização e sub-categorização*, quando foram destacados, por *relevância* e repetição os temas que emergiram das falas e se configuraram como pontos relevantes para o estudo. Além disso, as informações obtidas foram agrupadas *repetição*, onde compilaram temas reincidentes, apresentados nos depoimentos das participantes.

O estabelecimento destas categorias foi realizado pelo autor baseado na coerência com os objetivos do estudo e respaldado pela literatura levantada sobre o tema e nesse processo. As demais, foram realizadas notas sistemáticas em diário de campo para registrar demonstração de sentimentos, emoção ao narrar os fatos, assim como a forma como se relacionam com o familiar em processo de reinternação. Tais notas foram utilizadas para complementar os dados coletados nas entrevistas.

### **3.6 Aspecto éticos**

A pesquisa foi guiada pelos princípios éticos e legais da pesquisa em seres humanos seguindo as recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS) conforme a Resolução nº 466, de 2012, que trata das diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba pelo número do parecer nº 3.818.946 e CAAE: 28375920.10000.5187.

O direito ao anonimato e a confidencialidade foram preservados, respeitando assim a identidade do indivíduo. Cada participante teve direito a explicações sobre a importância do estudo e, ainda teve a liberdade de decidir se desejava participar. Aos familiares que aceitaram participar do estudo, foi solicitada a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2), deixando claro que, caso o participante que não queira continuar no estudo, poderá sair da pesquisa a qualquer momento, conforme descreve a legislação vigente.

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **4.1 Observação etnográfica**

Durante as incursões ao Hospital Psiquiátrico Dr. Maia realizadas pelo pesquisador, buscou-se caracterizar a relação dos familiares com os pacientes com transtornos mentais graves. No caderno de campo foram registrados a dinâmica de funcionamento do serviço, o acolhimento aos visitantes, o vínculo dos familiares e profissionais do Hospital Psiquiátrico. Durante os quatro meses de observação, tentou avaliar a percepção dos familiares no que diz respeito à reinternação hospitalar durante as visitas dos pacientes internos na clínica psiquiátrica doutor Maia da Cidade de Campina Grande- PB.

O primeiro contato com o Hospital Psiquiátrico ocorreu no horário de visita, no período da tarde, caracterizando-se por longas filas com predominância de mulheres, sendo essas mães, filhas e irmãs do familiar internado. Ao olhar o ambiente, a entrada do setor administrativo da instituição, foi perceptível um desgaste dos familiares. Em diversos momentos nota-se os familiares esperando em diversos lugares, como por exemplo: nas calçadas da entrada, sala de espera, reclinados ao muro do hospital (figura 6). Impacientes, olhavam inúmeras vezes o relógio, pareciam contar os minutos para a porta abrir. Além disso, havia a formação de filas junto à porta de acesso ao pavilhão horas antes do momento da visita. Os familiares ficavam calados, olhares tímidos, cabisbaixos, de poucas palavras, comportando-se em silêncio ao escutar gritos dos internos, demonstrando um semblante de medo, preocupação talvez, o ambiente parecia causar estranheza para alguns familiares. Ademais, uma cena destaca-se em meio a tantas outras: algumas mães dos pacientes sentadas em degraus da escadaria da entrada, nos bancos da sala de espera, compartilhando os dias de visita divididos entre trabalho e os afazeres domésticos. Em sua maioria, seguram sacolas cheias com roupas, lanches e cigarros.



Figura 6 -Espaço de espera no qual os familiares ficam antes do início da visita  
Fonte: Soares (2020)

Despertou a atenção o relato de uma delas, na qual conta que não suporta mais o filho, expondo que tinha abandonando-o porque o mesmo tinha tentando contra a vida dela. Entretanto, quando questionada quando vem vê-lo, a mesma afirma “todos os dias”. Tal fato foi confirmado no decorrer do estudo, visto que a mesma sempre era a primeira familiar a chegar e ficar em pé na porta, aguardando a hora de abrir para ir de encontro ao filho.

Outra questão a considerar foi a relação dos familiares com alguns profissionais da instituição. Percebe-se em dado momento profissionais falando com os familiares, chamando-os pelos nomes, uma relação próxima, agregando o familiar ao doente mental, sabendo o grau de parentesco, conhecendo a história de vida e da doença do doente, demonstrando assim a existência de vínculo na relação entre o familiar e o profissional.

Em outros momentos, presenciei familiares questionando altas, relatando que seus parentes não estão bem, que em caso de recidiva entrariam em contato e trariam de volta o paciente. Nota-se também a acessibilidade em muitos momentos, como por exemplo: quando a assistente social atende uma ligação externas e ouvíamos: “...ele já se internou aqui antes? Como é o nome dele? Sei quem é! Traga, tem vaga! Nessa relação de conhecimento vê-se frases do tipo: “esse paciente já da casa”, “há esse sempre vem”, constatando a existência de um canal de comunicação que flui no acolhimento da demanda do familiar, bem como em momentos que estes pedem ajuda diante das crises e dificuldades apresentadas pelos doentes mentais.

O pesquisador busca conversar com alguns familiares, tentando acolher o motivo de estar ali, quem irá visitar e por que estava internado. O silêncio de algumas pessoas surpreende. Todavia, a maioria dos familiares acredita que a entrevista é importante, confundindo dado momento com uma terapia familiar. Mesmo assim, alguns familiares tendiam a se afastar quando notam a minha presença, constatando-se um desconforto destes. Muitos deles aceitaram, relatando “estou mesmo precisando”, sendo perceptível o tamanho desejo de desabafar, falar o quanto não estavam suportando essa rotina.

É válido salientar que entre muitos entrevistados, estavam familiares de pacientes internos por complicações de álcool e outras drogas, participantes estes, que não faziam parte dos critérios de inclusão da pesquisa, mas, que não deixei de ouvi-los quando existiam demandas.

#### **4.2 Fluxo da demanda**

Os pacientes internos neste serviço são admitidos de vários modos. Há os que apresentam inúmeras internações, que muitas vezes os familiares ao perceberem que o doente está apresentando o início da crise, entram em contato com o serviço social da clínica Dr. Maia, agendando a vinda do paciente e posterior internação conforme o quadro clínico do paciente e a disponibilidade de vaga. Como também, a internação pode ocorrer por meio do acesso a emergência psiquiátrica, localizada no hospital, sendo necessário que a unidade clínica da cidade de origem do paciente realize a regulação da vaga conforme a necessidade. É importante ressaltar que após alta hospitalar o doente mental só pode ser reinternado com mais de trinta dias alta, como citado na portaria da MS (BRASIL, 2002).

Entre participantes do estudo, oito deles residem na cidade de Campina Grande – PB, sendo os demais residentes de cidades próximas, tornando-se importante ressaltar salientar que todas as cidades dos participantes em questão há serviço de CAPS tipo I e PSF.

#### **4.3 Horário das visitas**

A política institucional do serviço, quanto às visitas aos internos, é de segunda à sexta das 07h30 às 11h30min e 13h30 às 17h30min. Os horários de visita são distribuídos durante a semana em turnos diferentes, manhã (terça e quinta) e tarde (segunda, quarta e sexta), não havendo visitas durante os finais de semana. Entretanto, alguns familiares vão à instituição deixar lanche, cigarros ou outros materiais de uso pessoal que seu familiar esteja precisando. Existe uma determinação para que os familiares realizassem a visitar pelo menos uma vez por

semana aos seus familiares, para trazer roupas limpas e levar as sujas, mesmo assim, percebemos que muitos não cumprem.

Percebe-se também que os pacientes que mais recebem visitas são os com diagnósticos de álcool e outras drogas. Contudo, observou-se que muitos pacientes com transtornos mentais não recebem visitas de seus familiares, sendo muitas vezes acionados pela equipe do serviço social.

Um momento muito significativo para o campo da observação etnográfica é a caracterização dos familiares, principalmente dos pacientes acometidos com doenças mentais. Em grande maioria eram mulheres, retraídas, de pouca comunicação verbal, trazendo, na maioria das vezes, sacolas contendo roupas, lanches e cigarros. Elas chegavam muito próximo do horário da entrada, dirigindo-se a sala de espera para entrarem, ficando em pé na porta aguardando apenas abrir.

O momento do contato dos familiares com os internos acontece um período de tempo pequeno, aproximadamente uma hora. Aprecia-se a troca de afetos por uns, compartilhamento de saudade, diálogos. Já por outros, nota-se um sentimento de rejeição, agressões verbais, confusão mental com ideias delirantes. Entretanto, em diversos casos os familiares não chegam a ficar esse período de tempo com os pacientes, demonstrando um sentimento de obrigação da visita, cumprindo apenas a determinação institucional, observando que os alimentos trazidos suscitam uma fonte de acolhimento entre eles, sendo assim um momento de pouco diálogo onde apenas alimentam-se.

Na parte interna do pavilhão, onde ocorre o encontro dos familiares e o paciente, é possível presenciar momentos emocionantes, choros de reencontros, pedidos de saídas, brigas, afetos e apatias. Percebe-se a existência de encontros repletos de sentimentos, medos, expectativas, vergonha e amor. Muitos dos familiares trazem lanches, biscoitos, bolos refrigerantes e cigarros. Eles fumam, andam ansiosamente, comem rápido, compulsivamente. Além disso, constata-se a existência de tentativas em discutir a relação familiar na hora da visita, gerando conflitos, discórdias e falas do tipo: “você não é minha mãe”. Ademais, sintomas da doença como o delírio a alucinação presente nas conversas fazia o familiar entristecer, envergonhada dizia: “ela ainda não está bem, não me reconheceu”.

#### **4.4 Entrevistas com os familiares com doença mental em reinternações**

As entrevistas ocorreram a convite, de acordo com os critérios de inclusão, sendo guiadas por um roteiro semiestruturado que buscava abordar elementos que respondesse os objetivos do estudo. Tal entrevista foi conduzida por um diálogo no qual os participantes

expressavam suas histórias em relação ao seu ente internado, assim quando falavam sobre o doente mental, das internações e reinternações, sinais e sintomas provocado pela doença mental, havia a caracterização do perfil dos participantes da pesquisa, guiando-nos na pesquisa. Entre os convidados a participar do estudo, três familiares se negaram, expressando que não desejavam falar “disso” evidenciando uma resistência em poder falar dos problemas das relações familiares e da doença mental. Assim, formou-se um *corpus* de análise, a partir das categorias a serem analisadas: caracterização dos familiares e pacientes internos em reinternações, pela percepção da família sobre o adoecimento de seus familiares, autonomia e relação social vivenciado pelos doentes mentais, o olhar do familiar no lidar com a crise e por fim a internação psiquiátrica do doente mental na vida dos familiares, abrangendo o sentimento da família durante internação do paciente e a pós alta hospitalar, conforme mostrado em categorias na figura abaixo (Figura 7).

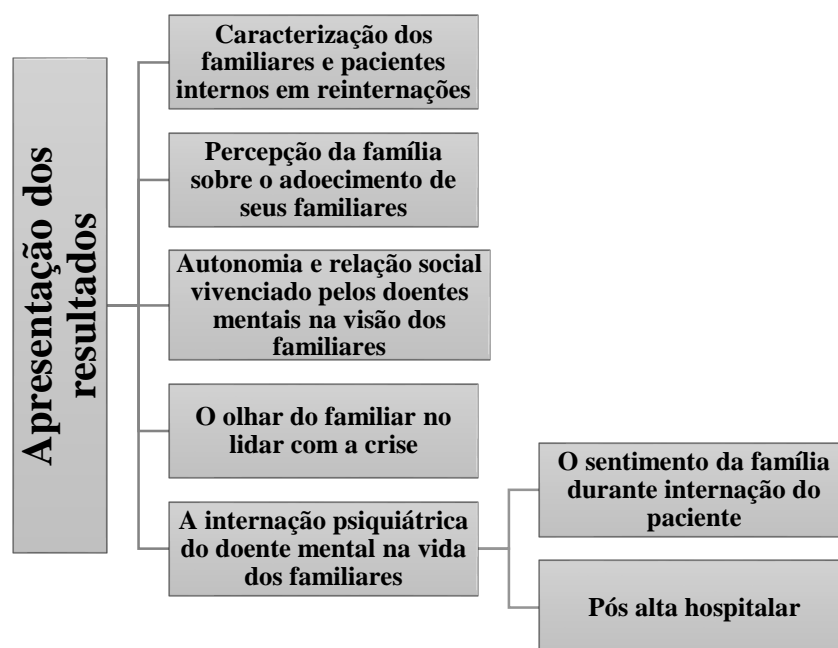


Figura 7- Apresentação dos resultados encontrados  
 Fonte: Dados da pesquisa.

#### 4.5 Caracterização dos familiares e pacientes

Mediante as entrevistas foi possível obter o perfil dos familiares e doentes que participaram do estudo, conforme mostrado na tabela 2. Em sua maioria, os familiares entrevistados eram mulheres e apresentavam laços sanguíneos de primeira geração, sendo a maior parte da amostra composta por mães dos pacientes internos. Tais resultados mostraram-se semelhantes ao de estudo de Oliveira Segundo et al. (2011) onde dos 14 familiares entrevistados que cuidam e acompanham os parentes com Transtorno Mental, 50% suas

genitoras. Muitos dos participantes da pesquisa não apresentavam renda fixa, que se mostravam cansadas dos fardos do cuidado do dia a dia, aparentavam-se humildes financeiramente, utilizavam transportes públicos ou carros cedidos pelas prefeituras como meio de locomoção para virem visitar seus parentes.

Tabela 2 - Perfil sócio demográfico dos familiares e pacientes participantes da pesquisa

Código	FAMILIAR				DOENTE				
	Gênero	Parentesco	Idade	Escolaridade/ Profissão	Gênero	Idade	Benefício	Número de internação	Escolaridade/ Profissão
C-1	F	Mãe	87	Sem escolaridade/	M	30	Não	3	Sem escolaridade/ Não trabalha
C-2	F	Mãe	45	Ensino fundamental	F	21	Sim	4	Sem escolaridade/ Não trabalha
C-3	F	Mãe	72	Sem escolaridade /	M	37	Sim	11	Sem escolaridade/ Não trabalha
C-4	F	Filho	30	Ensino Médio	M	56	Sim	7	Sem escolaridade/ Não trabalha
C-5	F	Mãe	65	Ensino fundamental	F	38	Sim	5	Ensino médio completo/ Artesã
C-6	F	Mãe	63	Ensino fundamental	F	39	Sim	3	Sem escolaridade/ Não trabalha
C-7	F	Irmã	50	Ensino fundamental	F	53	Sim	5	Sem escolaridade/ Agricultora
C-8	F	Mãe	70	Ensino fundamental incompleto	M	46	Sim	30	Ensino médio incompleto/ Não trabalha
C-9	F	Mãe	79	Sem escolaridade	M	52	Sim	30	Ensino médio incompleto/ Comerciante afastado
C-10	F	Mãe	52	Ensino médio completo/	F	30	Sim	10	Ensino médio completo/ Nunca Trabalhou
C-11	M	Sobrinho	19	Ensino Médio	F	53	Sim	10	Sem escolaridade/ Nunca Trabalhou
C-12	M	Irmão	56	Ensino fundamental	M	52	Sim	10	Sem escolaridade/ Agricultor

C-13	F	Mãe	68	Ensino fundamental incompleto	M	38	Sim	8	Ensino fundamental incompleto
C-14	F	Mãe	47	Ensino médio incompleto	M	24	Sim	9	Ensino fundamental incompleto

Legenda: F – Feminino, M- Masculino

Fonte: Dados da pesquisa

Quanto a caracterização dos usuários, referentes aos familiares entrevistados, foi observada uma similaridade quanto ao gênero, não havendo discrepância entre eles. Já em relação à idade observou-se a existência de uma faixa etária que variou de 19 a 87 anos. Já entre os doentes mentais esta faixa etária variou entre 21 a 53 anos. A escolaridade variou de sem escolaridade a ensino médio completo, sendo que 3 participantes bem como 8 doentes mentais não apresentavam nenhuma escolaridade. Sobre a questão de gênero entre os familiares participantes, 11 eram do gênero femininos e 3 do masculino. Já entre os doentes mentais, notou-se que 08 eram gênero masculino e 6 do feminino

#### **4.6 A percepção da família sobre o adoecimento de seus familiares**

Percebi uma tendência em justificar a causa do adoecimento a um fator desencadeante justificando o adoecimento a uma causalidade. No estudo de Martin et al.(2010) a percepção da doença por parte do saber e senso comum agrega a doença mental a causalidade, justificando a elementos do conhecimento popular, folclórico e médico. Assim, a percepção dos familiares sobre a doença mental é comum a população geral e do senso comum.

Neves; Lucchese; Munari (2010) apontam a necessidade da compreensão do indivíduo inserido na sua cultura, a importância dada à língua, hábitos, costumes e crenças no contexto da compreensão da doente mental no seu meio. Na percepção Palma et al. (2015) as alterações do senso percepção, pensamentos incoerentes, um vago sentimento de estranheza “humor delirante”, mas que não chegariam a configurar ainda um quadro psicótico, cuja manifestação plena ocorre posteriormente, em que o esquizofrênico começa a apresentar mudanças no comportamento habitual, alterações inicialmente confundidas com comportamentos de fatores emocionais ou sociais. Neste contexto, percebe-se a importância do olhar socioassistencial diante do diagnóstico demonstrando assim a necessidade da compreensão das manifestações culturais na doença em diferentes sociedades.

Mesmo tendo o diagnóstico médico escrito, as participantes não conseguem descrever e/ou entender o problema existente, conforme demonstram a falas abaixo.



*“O problema dela está no papel, mas eu não sei ler. O médico quem disse o tipo de problema que ela tem” (C-7).*

*“Ele tinha um namoro, namorava com uma dona. Mas aí começaram a dizer que ela estava grávida de outro, aí eu acho que foi por causa disso. Ele já estava comprando as coisas da casa, e depois ele ficava rindo, só rindo. Ele era cuidadoso com ele, mas depois começou a não se cuidar” (C-8).*

Nas falas seguintes, os participantes foram interrogados sobre o problema do familiar internado, mostrando-se confusos ou mesmo ficando em dúvida do que de fato acomete o seu ente, ou seja, se existe uma doença ou loucura e se esta loucura seria uma doença.

*“(...) Eu não sei se isso é doença, não sei se isso é loucura. Sei lá...” (C-9).*

*“Dizem que foi pela Igreja, que ela frequentava muito a Igreja Universal. Foi mudando a mente dela, até ela ficar com transtorno... Ela trabalhava, vendia roupas. Mas quando ela começou a frequentar a Igreja Universal, eles tiraram tudo dela, e ela começou a “perder o juízo” (C-11).*

A confusão do entendimento do processo de adoecimento, marcado em todas as falas, dificulta a compreensão da família se de fato existe uma doença, sendo perceptível quando interrogadas sobre o problema de saúde.

*“(...)Desde que eu era pequena, que ela se internava, que ela já tinha esse problema” (C-11).*

*“A mulher dele inventou que ele vinha para o médico tomar uma injeção, e largou ele lá em casa. Mas isso, deixa que ela já tinha outro. E quando meu irmão descobriu, ele enlouqueceu muito mais” (C-12).*

Quando a família descobre qual o diagnóstico de seu ente, nota-se que não existe conhecimento sobre o significado, dificultando assim compreensão do que realmente está ocorrendo, bem como na determinação das estratégias a serem realizadas para o enfrentamento da doença. Behenck e colaboradores (2011) citam que famílias não estão preparadas para esses eventos, não havendo orientação sobre o prognóstico da doença. Xavier et al. (2012) descrevem que o quadro esquizofrênico é inicialmente confundido com comportamentos que fariam parte da adolescência ou então atribuídas a fatores emocionais e sociais do adulto jovem.

Na fala seguinte, a participante expressa que o profissional médico falou do diagnóstico da doença do seu familiar, entretanto, não existe aceitação por parte da família.

*“Que o médico disse que ele tem Esquizofrenia, mas eu não sei se ele tem mesmo” (C-13).*

Em outras falas percebe-se evidências na tentativa de justificar a doença a um ato ocorrido na vida de cada um, sendo utilizados argumentos que tentam justificar o surgimento ou mesmo a não percepção das doenças. Estas justificativas geram comportamentos que refletem emoção e/ou angústia ao relatar de tais acontecimentos.

*“(…)porque eu mesmo nunca atinei para saber que isso era doença” (C-14).*

*“(…)foi uma frustração que ela teve com um menino, que ela gostava desse menino, e o menino deu um fora nela” (C-10).*

A não aceitação da doença mental por parte dos familiares, muito das vezes dificulta o processo de cuidado, deixando-os decepcionados pela não cura tão desejada. Assim, deixam de ver as outras possibilidades e potencialidades existentes. De acordo com Dalmolin (2006, p.64).

Assim, se a “doença” é parte do sujeito e repercute no conjunto da vida, também acreditamos que não o desloca totalmente, o que significa reconhecer que o sofredor psíquico, ainda que vivendo essa condição, apresenta saúde mental e/ou um potencial para ela, desde que não nos utilizamos de ‘métodos’ de intervenção que dificultem ou até impossibilitem o seu desenvolvimento, o seu lugar subjetivo singular, nem persigamos a racionalidade da normalidade plenamente restabelecida (DALMOLIN, 2006, p.64).

No discurso descrito abaixo é possível perceber uma busca em justificar o adoecimento do familiar por acusações.

*“(…)Eu não sei direito, porque a mulher dele, e ele contam uma história de uns arames que ele comprou, mas um compadre dele saiu com uma história de que ele tinha roubado uns arames dele, e ele ficou aperrado com essa história, e depois ficou doido” (C-13).*

Para Salles e Barros (2007), a falta do entendimento de como transtorno mental ocorre, como também sua sintomatologia, faz com que os familiares apresentem uma descrença, muitas vezes moralista, do que se passa com o doente mental, supondo que é “fingimento” e/ou “safadeza”. Segundo as autoras o nível de consciência e estabilidade mental dos doentes faz com que os familiares não acreditem, em determinado momento, da existência da doença, contribuindo assim para a não compreensão do mesmo ao meio inserido.

Para Villares, Redko e Mari (1999) existe uma percepção com tomada de consciência de uma situação de doença ou mesmo formulações tidas como modelos culturais da doença

citado pelos autores, falados também pelos participantes do estudo como: “o problema dele é na cabeça”, “problema de nervo” e “é os nervos fracos”.

Na maioria das vezes os profissionais médicos buscam explicar sobre a doença mental aos familiares, porém, percebe-se que estes se opõem à doença mental, justificando a existência desses atos a episódios ocorridos na vida da pessoa. Assim, as relações no contexto social trarão o cotidiano dos doentes mentais e seus familiares

#### **4.7 Autonomia e relações sociais vivenciadas pelos doentes mentais na visão dos familiares**

Os familiares expressaram dificuldades em lidar com os doentes mentais no domicílio, constatando o empobrecimento das relações sociais, bem como a pouca capacidade de interação que muitas vezes se encontram até na execução das atividades da vida diária ou mesmo no autocuidado. A baixa escolaridade, como é caracterizada a maioria dos doentes mentais do estudo, reforça as dificuldades nas relações sociais e no campo cognitivo/emocional com os familiares.

*“Ela não faz nada em casa, nem conhece dinheiro, nem nada...A gente quem cuida dela, dá a comida; banho; remédio, que é mesmo que “dá água do pote”, porque não está servindo de nada” (C-2).*

*“(...)Ele trabalha em nada, só faz comer e dormir...Ele não aprendeu a fazer nada na escola, nem o nome dele aprendeu. Não aprendeu a fazer nada...tem hora que ele quer fazer as coisas, mas tem hora que ele só quer dormir. Tem as oficinas, tem os grupos no CAPS. Tem hora que ele quer assistir, mas tem hora que ele só quer dormir; só faz comer, e se deitar” (C-3).*

Diversos autores apontam que o cuidado ao doente mental prestado pelos familiares passa por um processo de transformação, que, estranhamente, gera mudanças repentinas, como comportamentos de isolamento social, autodestruição, agressividade e surgimento de hábitos inadequados de higiene. Diante disso, há o surgimento de sentimento de ansiedade, raiva, culpa e medo nos familiares. Assim, constata-se que os afazeres básicos da vida diária dos doentes mentais ficam a desejar, necessitando do apoio familiar para continuidade do cuidado, desde administração de medicação ao suporte social (SOARES, MUNARI; 2007; SOUZA-FILHO et al., 2010; KEBBE et al., 2014). Segundo Silva e Korch (2015) há um desgaste para a família em conviver com a doença mental em virtude das dificuldades apresentadas no dia a dia do paciente, como por exemplo: falar sozinho, dificuldade para dormir, dificuldade de interagir socialmente, instabilidade de humor, descuido com a higiene pessoal, dificultando a manutenção da estabilidade familiar vivenciada até então.

Na fala abaixo o entrevistado descreve uma realidade marcada por poucas atividades laborais, assim como dificuldades no próprio cuidado corporal.

*“...Para ele tomar banho, eu tenho que deixar ele a vontade. Ele não sabe tomar banho. Para eu dá um banho nele, eu tenho que conquistar muito ele. Para eu dizer “vamos tomar um banho”, ele não vai. Ele veste cinco, seis roupas de uma vez, e quando chega em casa, é com a roupa dos outros” (C-4).*

Nos depoimentos, a falta de crédito e o desconhecimento da doença por parte da família se tornaram fatores reforçadores do preconceito, tornando-se notória a luta em sobreviver a tamanhas dificuldades. Como afirma Amarante (1996) e reforça Dell’Acqua (1992), a inércia, a estereotipia, as formas de dispersão da realidade passam a ser entendidas como sintomas da doença, tendo relação com as perdas de contratualidade social, reconhecimento familiar, enfim, com todo o fenômeno de dissociação que parte da doença. Além disso, os sintomas característicos da doença mental levam, involuntariamente, o doente ao isolamento dificultando assim a sua inserção social e aumentando a exclusão da sociedade (TYKANORI, 1996).

Nas falas seguintes observa-se o pós internação do doente mental, a baixa interação social.

*“Ela não gosta de amizade com ninguém. Quando ela chega dessa internação, ela se isola. Se ela falar, é com mãe. Até comigo, com a minha outra irmã e meu sobrinho, ela não fala. E ela fica muito agressiva” (C-7).*

*“É só fumando, fumando. Ele está bom, mas do nada ele fica agressivo....Só é deitado. É da cama para a cozinha, tomando água e fumando. Tem dia que ele toma mais de um pacote de fumo de trevo” (C-8).*

Barros et al. (2012) apontam as possibilidades encontradas pelos doentes mentais no contexto social pós internação psiquiátrica por longos períodos. Tais autores trazem a existência de uma "auto - exclusão" relacionado ao estigma social e peso de ser egresso de internação psiquiátrica. Entre os principais sintomas podemos citar o isolamento social, relacionado a sintomatologia da doença mental grave e a rede social limitada. Assim, percebe-se que esses fatores dificultam a reinserção social destas pessoas como também o empobrecimento das relações sociais. Ademais, nota-se o envolvimento dos participantes, em grande maioria as genitoras, no cuidado dos doentes, sendo verificado que as mesmas se isentam dos afazeres domésticos, trabalhos e da própria vida social em função dos seus filhos.

Um ponto importante em destaque é o emprego de medicamentos pelos doentes, o participante cita o efeito colateral causado pelas medicações, destacando-se a redução perda de força e capacidade laboral. Cardoso e Galera (2007) aponta o alto número de abandono do

tratamento medicamentoso devido, principalmente, aos efeitos adversos que os psicotrópicos causam ao doente mental, desde sonolência excessiva, impotência sexual e a baixa estima.

*“Em casa, quando ele sai daqui dormi muito. Eu preciso acordar -Meu filho, acorde para almoçar. - Meu filho, acorde para tomar o remédio. Quando ele termina, já é se deitando. É por causa do remédio” (C-9).*

As relações sociais da família também são afetadas pois sentem vergonha e/ou cansaço no que se refere ao cuidado do seu ente, distanciando-se das atividades sociais, como por exemplo: festas, eventos culturais, restringindo visitas à casa de amigos e parentes próximos. As participantes expressam nas alocações abaixo a pouca interação social que o doente mental constrói, entretanto, reforçam a possibilidade de afeição pelas artes manuais pelos mesmos.

*“Ele é calmo em casa, muito mal abri a boca, pouco menos diz um bom dia, ou boa noite. Ele não é de conversar, para comer é preciso a gente chamar para comer” (C-12).*

*“(…) Não, ele nunca namorou não. ...Ele fica fazendo os artesanatos dele” (C-13).*

A falta de conhecimento da doença, de apoio familiar, a exclusão social, o preconceito e a cultura da medicação fazem com que muitos seres humanos se privem do trabalho, da capacidade laborativa e até mesmo da sua identidade (MELMAN, 2002). Nota-se que a dificuldade de interação social é muito grande, visto que a falta de conhecimento sobre a doença pela população faz com que os pacientes e seus familiares se sintam retraídos e sofram com as formas de manifestações da população que os cercam. Muitas vezes são empregados deboches, insultos e gozações sobre a doença que seu familiar possui, atestando assim um grau de conhecimento populacional é insuficiente (PALMA et al., 2015).

Para Costa e Figueiredo (2004) muitos transtornos mentais são marcados pela tendência ao isolamento, pela dificuldade de estabelecer vínculos afetivos e sociais. Habilidades artísticas identificadas nos doentes mentais, tornando-se uma ferramenta essencial na expressão da subjetividade, favorecendo o desejo destes usuários em sentirem-se úteis e capazes na realização de atividades geradoras de renda ou mesmo veículo de reinserção social.

#### **4.8 O olhar do familiar no lidar com a crise**

O lidar com a crise dos doentes mentais faz com que os familiares busquem ajuda na tentativa de suporte, na ordem do não saber agir diante das crises ou mesmo por não saber lidar com a agressividade. Nos depoimentos percebe-se inúmeros conflitos, falta de recursos,

sofrimento psíquico que levam agressões físicas e mentais e conseqüentemente a internações e desestabilidade familiar.

*“(..). Aí a minha casinha é boa, toda na cerâmica, mas ele acabou com tudo. Não tenho uma porta, não tem uma cadeira, não tem nada, sabe? Ele jogava os troços lá de casa na rua, e o povo levava. Aí estou num beco sem saída.... Eu tenho medo. É que ele já me furou... Aí ele disse; desapareça, se dane, aí eu comecei a brigar com ele; aí ele jogou a sandália na minha cara, saiu me jogando no meio da rua à meia noite... O que trouxe ele aqui, foi porque ele estava muito agressivo, e o povo dizendo que ia matar ele. Aí pra eu não vê a morte dele, eu trouxe” (C-1).*

*“(..).Nessa internação, ele quebrou tudo no CAPS, agrediu a enfermeira, e o cuidador ligou para o Maia. Deu um murro no birô, que machucou a assistente social. Ele veio na ambulância do Município (C3)”.*

Constata-se que frente a doentes mentais em crises agudas e graves, mesmo sendo acompanhados pelos CAPS, os familiares e a equipe de saúde não conseguem lidar com tal processo, buscando ajuda mediante a internação em hospitais psiquiátricos.

As agressões citadas pelos participantes no enfrentamento das crises variam de ofensas verbais, físicas e psicológicas, sendo um verdadeiro desgaste nas relações familiares. Assim, constata-se que as alterações comportamentais mudam a rotina da família, levando a uma sobrecarga emocional, mobilizando sentimentos, como desesperança, pesar e preconceito, que nem sempre são compreendidos por quem vivência (LIMA et al., 2011). Machado; Santos (2012) expressam que susceptibilidade da exposição dos familiares as agressões físicas e verbais despertam a existência de uma barreira diante do medo e da insegurança, contribuindo para a fragilidade do processo de cuidado com seus familiares. Além de reforçar o medo de conviver diante dos comportamentos agressivos dos doentes mentais.

Pude perceber nas falas dos participantes que diante das crises a busca de ajuda para o enfrentamento do problema ocorre através do envolvimento da segurança pública na tentativa de apoio ao conflito, sendo empregado o suporte da polícia, ambulâncias e/ou hospitais para internação.

*“(..). ela rasga a roupa em casa, do mesmo jeito que ela faz quando está internada...Ela só vem pra cá no carro da polícia” (C-2).*

A falta de conhecimento sobre a doença dificulta o enfrentamento da crise mental por parte da família, podendo ser retratado como um dos momentos mais difíceis sinalizado pelos participantes.

*“(..). ficou agressivo até com a sombra dele; até com a resta dele, ele se assustava. Era se escondendo, querendo bater a cabeça na parede; quebrando as coisas dentro*

*de casa, era quebrando...Ele estava com uma agressão muito estranha, e estava falando muito em sexo. Ele fica chamando as mulheres casadas da rua para morar com ele, e até comigo ele fica dizendo essas coisas” (C-3).*

Na fala subsequente é possível perceber que os participantes apresentam dificuldades de lidar com a doença mental, bem como com as intensidades das crises. Diante disso, surge uma desestabilização do contexto familiar, percebendo uma necessidade de encontrar um lugar para deixá-los.

*“(...) ele é muito agitado; passa mais de um mês com a mesma roupa, não quer tirar a roupa; não toma banho. Ele quer ficar o dia fora de casa. Às vezes eu vou buscar duas horas da manhã, ele na rua, fico arriscando a minha vida. Ele tem problema, se você mexer com ele... Ele já se agita, e quebra tudo dentro de casa..E eu não tenho como ficar com ele dentro de casa, ele é muito agressivo...Ele é muito agressivo dentro de casa. A psicóloga do CAPS disse que sente que eu tenho medo dele, e eu tenho mesmo, medo dele. Eu morro de medo!” (C-4).*

A desorganização psíquica do doente mental como o desarranjo, o desespero, as vozes, visões ou a eclosão psicótica, apontam como sendo uma tentativa de cura ou de resolução de problemas e sofrimentos cruciais na vida da pessoa, de um núcleo familiar e social (DELL’ACQUA; MEZZINA,1991).

A agressividade e desorganização psíquica do doente mental e da família diante da crise, a falta de apoio dos serviços de saúde mental da rede, a não intervenção das crises precoce, acarreta em uma nova internação no hospital psiquiátrico.

*“Dessa vez eu trouxe para internar, porque não teve outro jeito, ele batendo e gritando” (C-5).*

*“(...) Ela só se “desmantela” quando não está tomando os remédios. Ela não fica bem, muda, que até comigo ela muda. Fica com abuso da gente, dizendo coisa com a pessoa, insulta as pessoas que estão por perto” (C-6).*

*“(...) Ela é muito agressiva, e ganha o mundo. Para a gente ficar andando atrás dela, não tem condição. Dessa vez nós fomos buscar numa mata, perto de Itatuba, que um pessoal avisou, e nós fomos buscar...Ela estava muito agitada, que agora ela ficou muito agitada, essa crise dela deu muito forte, era acabando as partes íntimas, puxando, dizendo que estava acabando com ela...Ela fica muito agressiva. Ela é muito agressiva, e tem muita força. O que ela pegar, ela dá na gente” (C7).*

A convivência com a esquizofrenia pouco compreendida leva frequentemente os familiares a tomarem decisões drásticas ou a planejar ações que possam desvencilhar os laços com o doente (BEHENCK et al., 2011). Cruz et al. (2019) reforçam a importância da atenção a demanda dos familiares envolvidos no cuidado com o doente mental, eles percebem as alterações e mudança no comportamento do familiar quando entram em crise, assim, os serviços

de saúde mental deveriam ser acionados caracterizando estes momentos como urgências psiquiátricas. Os autores apontam que, com a crise do doente mental surgem a mudança na rotina familiar ou mesmo no serviço de saúde envolvido.

O desafio encontrado na urgência e emergência psiquiátrica está relacionado com a articulação de uma Rede de Atenção Psicossocial estratégica, nesta instância podemos observar a fragilidade da articulação e resolutividade diante das crises. Segundo os autores a maioria das vezes, esses serviços priorizam a sedação e o encaminhamento para a internação hospitalar quando se deparam com as manifestações de uma crise psíquica, fortalecendo a cadeia crise, emergência e internamento como se fosse a única alternativa encontrada em conter a crise (BRITO; BONFADA; GUIMARÃES; 2015).

Na fala da maioria dos participantes no que diz respeito ao lidar com a crise, é possível observar que as palavras violência, agressividade e medo são usados como adjetivos que marcam esse momento, além de descrever momentos de extrema agressividade, tentativas de homicídios e grandes conflitos, sendo momentos que antecedem as internações.

*“(...)Ele fica logo, com os olhos bem crescidos e agoniado, e eu fico com medo. Medo, porque ele já pegou esse braço meu, que quase quebra. Ele fica andando insultando os outros, não dorme, não toma o remédio, fica no sol” (C-9).*

*“(...)O pessoal da casa quem trouxe, e dessa vez ela ficou muito agressiva, só querendo fumar.... Você sabe que ela sempre pede para vir para o Maia? Ela liga para cá. Ela diz “eu quero ir embora para meu resort” (C-10).*

*“Quando está na crise, ela fica agressiva, porque ela não é uma pessoa agressiva...não dorme, e fica sem querer tomar os remédios. Fica no meio da rua catando lixo. Ela sai juntando muito lixo” (C-11).*

*“(..). Quando ele está atacado, ele fica violento... É quando ele fica doido mesmo. Ele fica conversando com os animais pensando que está falando com gente, fica sem comer, sem dormir direito. Ele fica sem querer tomar banho, é um sacrifício.... Eu fico aperreada com ele dentro de casa, porque é perigoso até dele fazer uma arte com alguém dentro de casa. Ele já furou meu marido, já furou meu cunhado com um punhal” (C-12).*

*“(..) Mas com o problema dele, ele fica bravo, fica querendo que eu vá com ele para o meio do mato” (C-13).*

*“(..)Ele quebrou tudo dentro de casa. Ele arrancou o vaso do banheiro, com a força de um homem adulto, como se estivesse louco... Quando dá um surto nele, ele quebra as coisas dentro de casa. No último surto que ele teve, eu tinha comprado um conjunto de sofã enorme, ele surtou de madrugada arrastou o sofã para a calçada, e tocou fogo” (C-14).*

Neste contexto, a família passa a ser citada em duas vertentes: quando ela acolhe e apoia seu familiar no tratamento da doença mental e quando ela não suporta tamanho desgaste e busca um lugar que possa cuidar do seu ente. O fardo em lidar com o doente mental leva os familiares



a limites, esgotamentos e anulações. Consequentemente, a família, também doente, tentando sair desse ciclo de responsabilidade, tal como o pouco apoio no processo de adoecimento do seu familiar configuram elementos que problematizam a história de vida familiar.

O impacto da doença mental sobre a família tem sido comparado ao trauma vivido por vítimas de catástrofes, estando a família em uma situação de estresse que desorganiza todo o grupo. Após o impacto inicial, a família inicia um processo de ajustamento visando manter um equilíbrio que propicie vantagens para a sobrevivência de todo o grupo (GIACON; GALERA, 2013). Conforme Melman (2002), as relações sociais da família são afetadas, pois sentem vergonha, cansaço, distanciando-se das atividades sociais, deixando de ir a festas e eventos culturais, restringindo visitas à casa de amigos e parentes próximos. A falta de conhecimento da doença, a carência de apoio familiar, a exclusão social, o preconceito e a cultura da medicalização fazem com que muitos pacientes percam seu trabalho, sua capacidade laborativa e até mesmo sua identidade (MELMAN, 2002). Assim, continuarei a falar sobre o contexto da internação psiquiátrica e como os familiares lidam com esta situação.

## **4.9 A internação psiquiátrica do doente mental na vida dos familiares**

### **4.9.1 Trajetória na pré-internação**

Na fala seguinte a participante expressa a precariedade e marginalização que se encontra o doente mental diante da crise, demonstrando a vergonha que sente socialmente em ver seu familiar nesta situação. Além disso, a experiência acumulada leva muitas vezes a família a acreditar que o hospital psiquiátrico é a única alternativa de atendimento ao doente mental, seja pela falta de informações a respeito da doença, pela dificuldade de relacionamento, como também pelas precárias condições econômicas.

*“Ele estava pegando lixo e trazendo para dentro de casa, chegando sujo, demorando no meio da rua” (C-4).*

*“Foi que ele ficou na pista, no meio do mato, arrancando mato e juntando pedra. Foi o médico quem encaminhou para ele ser internado” (C-13).*

*“Todas forçadas, porque ele não quer ficar, como se ele tivesse um juízo certo. Ele fica com medo de se internar, tem muito medo” (C-13).*

Os participantes encontram na internação um modo de alívio, descanso do fardo do cuidado com o doente mental. A trajetória que antecede a internação é marcada pelos ápices das crises, momentos de desabafo, o linear do não suportar, a busca de ajuda em lidar com a crise. As famílias sentem-se paralisadas quando seu familiar adoecido está em crise, não

conseguindo impor limites, se relacionar com ele, tornando o convívio familiar muito difícil. Com a internação, a família, além de sentir-se aliviada, acreditando que está contribuindo com o bem-estar do familiar adoecido (SILVA; KOCH, 2015). Pinheiro et al. (2010) relatam que não são só os familiares que se sentem inábeis em atender o doente mental, muitas vezes até a própria equipe de saúde não se sente capaz de cuidar do doente e seus familiares.

#### 4.9.2 Sentimento da família durante internação do paciente

A internação é muitas vezes é sinônimo de conforto e “alegria”, tanto para o paciente quanto para o familiar. Nos depoimentos abaixo é perceptível o sentimento de alívio, medo e insegurança quando seus familiares são internados, além do desejo de deixá-los no hospital por grande período.

*“(...) Eu me sinto feliz quando ele está aqui, porque ele está seguro, e eu me sinto também. Eu me sinto bem. Na rua ele fica provocando o povo, e o povo querendo matar ele...Aqui ele está bem guardado. Todo mundo diz: Se tivesse condições dele ficar aqui, de uma vez por todas, era melhor. Mas aí eu digo que o Dr. Maia não é lugar de internação para a vida toda” (C-1).*

*“(...) Quando ela se interna, eu fico melhor. Porque às vezes ela pede uma coisa, e a gente não tem o dinheiro para comprar. Quando ela está internada, a gente acha bom... Ela só fica melhor aqui. Em casa ela fica sempre perturbada, agitada, batendo a cabeça na parede, e quer furar os olhos...Ela só fica melhor aqui, tomando o remédio” (C-2).*

As falas dos participantes sempre marcadas por sentimentos de alívio e tranquilidade diante da internação do doente mental demonstram a fragilidade da família em lidar com a crise, colocando o hospital como responsável pelo ordenamento desse cuidado, provocando assim uma maior ruptura dos laços familiares e sociais.

*“(...)Eu achei necessário ele vir, porque já fazia muitos dias que a gente vinha lutando com ele; sofrendo muito... Quando ele está aqui, eu me sinto aliviada... de um lado eu fico bem, do outro eu fico triste. Ele é meu filho, meu sangue, não vou dizer que achei bom. Mas, por uma parte, ele não está em casa, porque eu me vejo muito apereada com ele (C-3)”*

No estudo de Campana e Soares (2015) diversas famílias descrevem o auxílio profissional como uma forma de enfrentamento utilizada pelos familiares, referindo-se à internação do familiar como recurso que gera alívio, porque acredita que com os profissionais de saúde ele terá melhor cuidado. Ademais, as famílias se sentem bem melhor e mais seguras se houvesse a possibilidade de internar o familiar por tempo indeterminado, onde ele morasse de forma digna e tivesse assistência de saúde integral e diferenciada dos hospitais.

O sentimento de medo, insegurança e a necessidade do apoio do hospital é marcada na fala da participante, demonstra confiança e alívio pela permanência do doente no hospital psiquiátrico.

*“(…)É muito difícil conviver, não é fácil, não. Eu não vou mentir para você. Sabe por que não é fácil? Porque eu tenho medo dele! Eu não tenho força para ele. Eu só convivo com ele, com a ajuda de Hospital, para internar ele. Que a medicação, ele toma, mas não faz efeito...Quando ele está aqui, eu sinto uma paz porque eu sei que ele está seguro. Porque se ele ficar em casa, eu sei que ele vai para rua, e eu fico com medo. Aqui ele está protegido...Quando ele está aqui eu consigo resolver minhas coisas, consigo trabalhar, fazer os serviços de casa” (C-4).*

Os participantes buscam justificar a internação psiquiátrica do doente mental devido à intercorrências existentes nas relações famílias, demonstram fragilidade em lidar com eles durante as crises e reforçando que o lugar encontrado para amenizar tal situação é o hospital psiquiátrico. O fenômeno da reinternação, é uma herança manicomial na qual existe isolamento, das frequentes internações, gerando um ciclo vicioso que o novo modelo busca erradicar. Assim, podemos perceber a interação como um fenômeno cultural o qual está inserido no processo de cuidados dos familiares doentes mentais (MACHADO; SANTOS, 2012).

Outro ponto importante a destacar é a falta de continuidade do uso dos medicamentos em domicílio, percebendo uma descontinuidade do tratamento.

*“(…)Quando ela não está tomando os remédios, ela surta um pouco, chama nome com as pessoas...Eu só levo ela para se internar, e quando eu vejo que ela não está tomando o remédio” (C-6).*

Segundo Branco et al. (2019) a medicação é considerada de extrema relevância para o tratamento, sendo indispensável ao controle dos sintomas psicóticos da esquizofrenia. Sabe-se que a utilização de estratégias que combinam medicação e intervenções psicossociais aumenta a possibilidade de recuperação e podem otimizar os resultados, desta forma cabe ao familiar se responsável pela rotina de medicação, gerando uma rejeição por parte do familiar ao ter essa “obrigação”.

Na fala seguinte o participante demonstra a fragilidade da rede de serviço em saúde mental, a falta de controle sobre os leitos hospitalares, a inexistência de uma central de leitos, a expressão “*eu fui para emergência*” significa que a mesma foi na emergência psiquiátrica em busca de ajuda.

*“Foi uma tristeza, eu chorava, me vendo bem, e ela desse jeito. Aqui não tinha vaga, aí eu fui para a emergência e consegui falar com o diretor, que conseguiu a vaga pra ela” (C-7).*

A literatura aponta o controle dos leitos psiquiátricos no Brasil, assim como no campo de pesquisa em questão, de iniciativa privada com leitos conveniado ao SUS, conforme mostrado abaixo por Cruz et al. (2019):

Segundo informações do relatório de avaliação dos hospitais psiquiátricos no âmbito do SUS (Ministério da Saúde, 2011), 75% dos hospitais psiquiátricos são de natureza privada e prestam atendimento aos usuários do SUS. Nos hospitais privados 35% das internações se estendem por mais de um ano, ao passo em que nos hospitais públicos esse percentual é de 47% (CRUZ et al., 2019, p. 119).

A dificuldade de encontrar suporte diante das crises sempre foi destacado pelos familiares. Culturalmente, conforme a história da loucura descrita no contexto da reforma psiquiátrica, os leitos dos hospitais psiquiátricos muito das vezes são controlados pelos próprios donos, sendo em sua maioria hospitais particulares com leitos conveniados ao SUS (BRASIL, 2005). Barroset al. (2011) apontam que o cenário nacional vem passando por modificações da gestão dos leitos psiquiátricos no SUS após a publicação da portaria nº 251/2002 (GM/MS) que traz normas para assistência hospitalar psiquiátrica, reclassifica os hospitais, orienta as estruturas e define porta de entrada para internação na rede do SUS.

Mesmo com normatização da legislação vigente, ainda se verifica que os familiares veem os profissionais de saúde dos hospitais como a porta de entrada, buscando muitas vezes a internação por meio de uma ligação como os mesmos.

*“Ligamos pra cá...Eu e a vizinha trouxemos ele no Uber” (C-1).*

Em inúmeras falas dos participantes esta conduta é rotina, uma vez que os pacientes que já tem internações anteriores e pela própria visão da família da necessidade de internar solicitando assim a vaga e caso exista a disponibilidade o mesmo é recebido.

#### 4.9.3 Pós alta hospitalar

Verifica-se nos depoimentos dos familiares a resistência em receber os pacientes de alta para casa, um medo de acolher esse paciente pós alta, além de dificuldades no processo de continuidade do cuidado.

*“(...) O médico passa a receita para eu levar, eu compro o remédio, ele nem toma, e joga o remédio todinho no vaso e dá descarga. Aí como é que eu vou ter uma vida dessa? ... Ele sai daqui melhor, mas não quer tomar o remédio. Eu compro o remédio*

*caríssimo, mas eu não posso ficar gastando dinheiro assim....Eu queria conseguir um canto pra botar ele, pra ele ficar de uma vez por todas. Assim, uma casinha boa pra ele ficar lá, para não voltar mais pra casa...Quando ele sai comigo, já me empurrando no meio da rua, porque ele disse que ainda não perdeu a fé de me matar, que quer morrer junto comigo. Quer matar eu, e depois se matar. Aí eu não confio numa pessoa dessa, não tem condição” (C-1).*

O medo da alta hospitalar marca muitos familiares, diversas vezes identificam-se questionamentos, do tipo:

*“Mas não é pra da alta a ela não? ... Ela não está bem não” (C2)*

Galera et al. (2011) relatam que pacientes que recebem alta hospitalar para ambientes familiares com elevados níveis de estresse, resultam em exacerbação dos sintomas e ou em recaídas e que quando os familiares e cuidadores se comportam de maneira verbal negativa com os pacientes, pode produzir estresse, deixando-os vulneráveis a psicose e outras doenças.

Observa-se também na fala dos familiares que os episódios de agressão são oriundos logo após a saída da internação do doente mental, sendo uma das participantes citada abaixo uma pessoa idosa.

*“Quando ele sai comigo, já me empurrando no meio da rua, porque ele disse que ainda não perdeu a fé de me matar, que quer morrer junto comigo. Quer matar eu, e depois se matar. Aí eu não confio numa pessoa dessa, não tem condição” (C-3).*

*“(..)Quando ele sai é uma morte (pra mim e mesmo que uma morte...CAPS ele não vai. O médico passa a receita para eu levar, eu compro o remédio, ele nem toma, e joga o remédio todinho no vaso e dá descarga. Aí como é que eu vou ter uma vida dessa? (C1)”.*

A continuidade da assistência ao doente mental pós alta hospitalar é fundamental para que o mesmo se mantenha bem. A relação entre o paciente e o familiar conota desgaste se há quebra de continuidade do tratamento medicamentoso, fazendo-se necessário o acompanhamento pelo Centro de Atenção Psicossocial dos doentes mentais e familiares no contexto comunitário. Campos e Soares (2005) apontam a sobrecarga familiar no enfrentamento do estresse emocional, bem como da dificuldade econômica familiar diante da alta e seu retorno ao seu lar, levando em consideração principalmente quando as relações familiares estão desgastadas, rompidas por conflitos, problemas sociais e cronicidade da doença. Diante disso, observa-se que estes fatores são importantes no contexto das internações dos doentes mentais nos hospitais psiquiátricos.

Nas falas seguintes os participantes citam o CAPS dentro de um contexto de tratamento, mas não como continuidade de assistência pós alta. Nota-se nas falas fragmentos de tentativas

de idas aos serviços, porém, pouco enfretamento por parte da família em persistir no cuidando nos serviços comunitários, como também uma resistência por parte do doente mental.

*“(..). Não, para o CAPS ele não vai, ele não quer ir (C1)”.*

*“Onde vocês buscam tratamento pra ela? Sempre nós procuramos o Maia, ou o posto de saúde próximo à casa dela, que fornece a medicação. Às vezes o médico do posto diz que é preciso internar, que a medicação já não está mais fazendo efeito (C11)”.*

*“Só procura tratamento no CAPS, e no PSF porque ele tem pressão alta (C3)”*

*“Desde criança que ele ia para o CAPS, mas ele foi crescendo, e piorou (C4)” (..)ela ficou se tratando no CAPS de Campina Grande, e agora ela está no CAPS de Pocinhos (C5)”.*

Quando questionado sobre o tratamento da doente mental quando recebe alta, o familiar não cita o CAPS, reforçando ainda que *“a doente mental só fica melhor aqui” (C2)*, referindo-se ao hospital psiquiátrico.

*“Ela só fica melhor aqui. Em casa ela fica sempre perturbada, agitada, batendo a cabeça na parede, e quer furar os olhos(C2)”.*

*“(..).Tem outro lugar que vocês buscam tratamento para ele?*

*Não. Só o médico que faz o acompanhamento dos remédios, que faz as receitas (C8)”.*

De acordo com o Ministério da Saúde, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) possuem função terapêutica substitutiva e não complementar ao modelo hospitalar, sendo referência para tratamento de pessoas que sofrem com transtorno mental. Conforme a severidade ou persistência de identificar o impacto da chegada dos usuários ao serviço, tem como objetivo avaliar o acolhimento e os encaminhamentos para as Oficinas Terapêuticas, além de evidenciar as dificuldades, o medo, a adaptação do usuário ao novo serviço (BRASIL. 2002). Assim, contata-se uma fragilidade na RAPS no que concerne assumir esse lugar, visto que os Centros de Atenção Psicossocial não estão garantindo a execução do serviço. Diante disso, é importante salientar a existência de vários fatores que interfere nesse processo, sendo esses: a história de vida dos doentes mentais, relações familiares, as várias internações preexistentes, formação acadêmica dos profissionais e a percepção da doença no contexto social inserido.

Essa fragilidade implica na reflexão de qual o lugar que cada ator ocupa no contexto social envolvido, observando que a rede de cuidado psicossocial compreende não só os CAPS, mas Atenção Básica a Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), hospital geral,

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), entre outros serviços do SUS. Quanto ao hospital psiquiátrico, este não pode ser ignorado, sendo imprescindível para a sociedade e para os familiares que lidam constantemente com as crises dos doentes mentais em suas casas.

Nesse contexto encontram-se diversas falas que expressam o desejo de encontrar um lugar ou até mesmo deixar o hospital psiquiátrico assumir de vez o cuidado pelo familiar.

*“(...) Tem um menino que trabalha aqui, e tem uma casa de apoio, mas não tem vaga. Mesmo dando o benefício dele, não tem vaga. Ele conhece muitas casas de apoio, mas parece um galpão, e eu não quero ver meu filho sendo maltratado... Quando ele vai para casa, eu não durmo e nem como, porque eu fico com medo dele sair. Aqui eu sei que ele não vai sair” (C-4).*

*“Mas, quando eu volto pra casa, eu não sei. O marido dela não dá direito o remédio, mas agora eu vou pegar pesado com ele, que antes de sair para o trabalho ele vai dá o remédio dela, e quando voltar também” (C-6).*

*“Quando ela sai daqui, ela fica comigo. Fica uns 15 dias, ou 20 dias. Quando eu penso que não, ela foge. Você já pensou?” (C-7).*

*“Quando ele sai, é ruim, porque ele fica jogando a mercadoria dos outros, quer bater, e eu tenho medo” (C-9).*

*“(...) Em casa, eu não tenho mais condições de ficar com ela” (C-10).*

É notório que em diversas partes das entrevistas os participantes expressam um desejo em encontrar um lugar para deixar o doente mental definitivamente, bem como o conhecimento sobre a existência de uma casa de apoio, local o qual os familiares entregam o paciente, juntamente com o respectivo benefício, para que ele seja cuidado neste espaço. É possível inferir também o desgaste na fala dos participantes, apresentando um limiar do não suportar lidar mais com o doente mental.

Branco et al. (2019) mostram que devem existir intervenções psicossociais que abrangem, além do programa de educação, outras estratégias como, por exemplo, a terapia familiar, têm se apontado eficazes na prevenção de reincididas de pacientes com esquizofrenia, independentemente do uso da medicação. Além do mais, os familiares geralmente aceitam estas intervenções, e têm mostrado eficácia na melhoria da qualidade de vida de toda a família.

Behenck et al. (2011) citam a oposição dos familiares aos serviços de saúde e ao despreparo daquele que deveria ser a âncora da rede substitutiva de saúde mental e que fundamentalmente deveria oferecer um trabalho essencialmente baseado na integralidade e intersetorialidade. Além disto, a rede de serviços substitutivos e a equipe que nela inserida precisam compreender as famílias como usuárias em potencial. Para isso, é imprescindível um serviço que apoie a família, esclareça dúvidas e oriente-as em suas dificuldades, de modo que

ambos, paciente e a família, possam conduzir suas vidas sem comprometimento da saúde mental (WAIDMAN et al., 2009).

Ademais, ao analisar o discurso dos participantes percebe-se pouca intersetiva destes serviços nas vidas destes doentes e de seus familiares, destacando assim que as principais funções dos CAPS, como intersetiva nas crises, acompanhamento contínuo e intenso, acolhimento dos familiares, visitas domiciliares e ordenamento da rede de cuidado, estão deficitárias nos participantes analisados.

Para Amarante (2007), é necessário que nestes Serviços de Atenção Psicossocial todas as pessoas que necessitem de tratamento possam ser escutadas em seu sofrimento psíquico, expressem suas dificuldades, tremores, medo, angústia e suas expectativas. O autor enfatiza ainda a importância de serem estabelecidos vínculos afetivos dos profissionais com estas pessoas, para que as mesmas se sintam acolhidas, cuidadas e respeitadas no processo terapêutico. Esta relação citada pelo autor reforça a necessidade da equipe no que concerne um trabalho que envolva o doente, família e suas relações sociais.

Portanto, é importante o fortalecimento dos espaços sociais no processo de cuidado no território, com práticas pautadas pelo paradigma social de reabilitação que visam à inclusão social, isto é, a construção de espaços sociais receptivos para atender populações com algum tipo de diferença ou deficiência, e sujeitos com o desejo de ocupar um lugar de participação na vida social (GHIRARDI, 1999).

Diante disso, nota-se que o entrosamento entre os familiares e os serviços CAPS é pouco ou quase inexistente no que diz respeito ao vínculo afetivo, construção de espaços de escuta e fortalecimento dos espaços sociais. Além disso, verifica-se a existência de um ciclo de internação e reinternação que variam de 3 a 30 ocorrências e uma tendência a retorno hospitalar caso ele não melhore, percebido na fala de alguns participantes, conforme citado abaixo:

*“Pra internar de novo só depois de trinta dias da alta” (C-4)*

*“Se ele não melhorar eu trago de novo” (C-8).*

Assim, o conhecimento sobre a relação entre doentes mentais, familiares, CAPS e hospital psiquiátrico se faz necessário para que possamos compreender as reinternações. Observa-se um vínculo afetivo dos familiares com os profissionais do hospital psiquiátrico, um acolhimento, um reconhecimento pelo nome do profissional, mostrando uma relação de continuidade, de reconhecimento das partes. Nota-se que os profissionais ali contidos, como enfermeiros e coordenadores, conhecem a história de vida do doente mental, as idas e vindas,



com quem moram, onde e como são. Estas relações comprovam um envolvimento com os casos, um cuidado continuado, um apego, um vínculo institucional. Assim, conclui-se que muitas das reinternações acontecem a partir destas relações entre a família e os profissionais da instituição, existindo um canal de acessibilidade diante da necessidade da família em conflitos. Outro ponto a ser levado em consideração é que a rede de serviços existentes ainda é pouco citada como ordenadora do tratamento.

A rede da RAPS Campina Grande – PB não é citada nas falas dos participantes com vínculos fortes, apresentam falas que caracterizam idas aos CAPS, em busca de uma receita, uma consulta ou um atendimento esporádico, não evidenciando a existência de um acompanhamento contínuo com formação de vínculos terapêuticos institucionais.

Na fala seguinte, a participante relata a orientação do profissional quanto a necessidade do doente ser acompanhado pelo CAPS, porém, menciona também a resistência do usuário em ir ao serviço.

*“A médica disse hoje, que era pra ele ir para o CAPS, mas ele disse que não vai. Que é para o médico avaliar, mas ele já disse que não vai, de jeito nenhum. Fica difícil pra ele” (C-1).*

A construção de vínculos com os serviços é de extrema importância para que os doentes mentais e seus familiares possam sentir-se acolhidos e cuidados, essa postura institucional tomada pelos profissionais dos serviços faz com que os doentes voltem para dar continuidade em seu tratamento e assim tenham o número de internação diminuídas ou evitadas. Destacamos que a percepção é da família no tocante as falas sobre a RAPS, que nenhum momento escutamos profissionais do hospital e/ou dos serviços Centros de Atenção Psicossocial.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou abordar a perspectiva dos familiares de pacientes com transtorno mentais graves que vivenciam o processo de reinternação. Nesse sentido, o relato dos participantes apresentou situações de sofrimento no enfrentamento da crise de seus familiares, também, o modo como cada uma precisa se auto organizar a partir de suas responsabilidades com o doente mental internado. Foi relevante considerar o cuidado que dispensam ao familiar internado, pois perante as suas limitações, muitas vezes os familiares abrem mão do seu próprio bem-estar, para garantir a este, o mínimo de conforto.

Ressalta-se também neste estudo, a figura feminina marcante historicamente no processo de cuidado e fortemente gestora do cuidado dos doentes mentais, em especial a materna, assim, constata-se uma sobrecarga do cuidado atribuída a estas mulheres. Diante disso, a família começa a conviver uma realidade distinta, tendo que lidar com a incompreensão dos familiares e pacientes em relação à doença, de como fazer e como cuidar, sabendo pouco sobre a doença. Além disso, o relacionamento interpessoal desarmonioso entre a família e o paciente favorece a exacerbação das crises. Além de contribuir para o processo de cronicidade da doença e reinternação. Assim, a participação e colaboração da família é de fundamental importância para o sucesso do tratamento.

Conseqüentemente, é de grande valia que as equipes e serviços de saúde mental ofertem cuidados em saúde a pacientes egressos de reinternações, baseadas nas necessidades desses pacientes e de seus familiares, uma vez que os últimos desempenham o papel de cuidadores, sendo incumbidos como provedor do cuidado no contexto da desinstitucionalização.

Importante ressaltar a existência de um ciclo de cuidado que perpassa pela história da loucura, citado por Silveira e Simanke (2009), onde o doente mental era considerado perigoso, causador de medo, violento, que seu lugar seria longe da sociedade, reforçando aos familiares e sociedade a necessidade de mantê-lo internado.

Por outro lado, percebe-se a fragilidade da família em lidar com a crise do doente mental no domicílio, gerando sentimento de impotência e medo na continuidade do tratamento pós internação. Assim, pode-se concluir que as reinternações ressaltam a complexidade do tratamento do paciente com transtorno mental grave. Destacamos a história da loucura, como citado por Foucault (1978), o qual achava-se que o lugar de louco é no hospício, a falta do entendimento da doença mental por parte da família, acolhimento e lugar na crise nos serviços da RAPS.

Diante disto, o hospital psiquiátrico ainda é o lugar que a família identifica como disponível em atender o paciente em crise, ofertando um lugar para esse cuidado, mesmo sendo um cuidado de permanência e de pouco contato familiar e social. O estudo aponta a pouca credibilidade no doente mental na perspectiva de reinserção social, perante a família e sociedade, ainda visto como ser improdutivo e gerador de problema, empecilho no núcleo familiar.

Apesar da portaria ministerial 1899/2008 MS, 336/2002 e leis 10.216/ 2001, que a RAPS, que orienta o Serviço Móvel de Urgência e Emergência-SAMU a atender e acolher as emergências psiquiátricas e conduzir aos serviços de referência da rede, o enfretamento e acolhimento da crise do doente mental é ainda visto como algo da segurança pública, lugar de polícia, da ordem.

Os resultados do estudo evidenciam gatilhos que levam as reinternações, percebendo que as agressões, conflitos nas relações familiares são pontos fundamentais que precisam de intervenções precoces, evitando ou minimizando os danos no contexto da família e na vida do doente mental.

Assim, evidenciou-se pouca comunicação entre as instituições que tratam as pessoas com transtornos mentais, tratamentos com descontinuidade, déficit no trabalho *in loco* no que se refere visitas domiciliares e apoio na família. Este estudo apontou inúmeros indicadores de saúde que possibilitarão intervenções com a família, as instituições que compõem a RAPS e sociedade no que tange o cuidado com a pessoa com transtornos mentais e seu processo de cuidado.

Observa-se também que os CAPS foram poucos citados diante das demandas das crises apontadas pelos familiares. Diante disso, questiona-se se o CAPS também não é o lugar de acolher a crise? Nota-se um baixo entendimento dos familiares sobre o papel de tal instituição na rede de saúde mental bem como a sua funcionalidade. Portanto percebemos a necessidade da efetivação da política de saúde mental englobando as ações sociais, psíquicas e clínicas que visem a reinserção social da pessoa com transtorno mental no território.

Considerando Campina Grande – PB, uma cidade de grande porte com uma população estimada conforme IBGE 2014 de 402. 912 mil habitantes, e conta apenas com um serviço de CAPS na modalidade III com cinco leitos de acolhimentos noturnos para pacientes em crises psíquicas, apontamos como uma ponte que merece destaque no tocante que a demanda e oferta. Esta insuficiência de leitos dificulta o acolhimento dos doentes mentais e familiares diante das crises.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, A. C. M. C. H.; FELIPES, L.; DAL POZZO, V. C. O impacto causado pela doença mental na família. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 6, p. 40-47, 2011.

ALVES, J. F. M. et al. Problemas dos cuidadores de doentes com esquizofrenia: a sobrecarga familiar. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 19, p. 8-16, 2018.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Scielo-Editora FIOCRUZ, 1996.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Scielo-Editora FIOCRUZ, 2007.

ANDRADA, C. F. O método no centro. **Psicologia USP**, v. 29, n. 2, p. 236-245, 2018.

ANDRADE, A.P.M.; MALUF S.W. Deinstitutionalization experiences in the Brazilian psychiatric reform: a gender approach. **Interface**. v.21, n. 63, p. 811-821 2017.

ARAÚJO, J. A. S. A consolidação de um polo regional: Serviços de saúde e centralidade em Campina Grande, Paraíba. **Revista Política e Planejamento Regional**, v. 3, n. 2, julho, p. 205 – 220, 2017.

AZEVEDO, E. B. **Rede de cuidado da saúde mental: tecendo práticas de inclusão social no município de Campina Grande – PB**. 145f. 2010. Dissertação (Mestre em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010.

BAEZA, F. L. C. **Desfechos negativos entre pacientes internados em unidade psiquiátrica de hospital geral: um estudo longitudinal**. 132f. 2017. Tese (Doutor em Psiquiatria e Ciências do Comportamento) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 3ª Reimpressão da 1. **São Paulo: Edições**, v. 70, 2016.

BARROS, S. et al. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. SPE2, p. 1780-1785, 2011.

BATISTA, M. A.; OLIVEIRA, S. M. S. S. Sintomas de ansiedade mais comuns em adolescentes. **Psic: Revista da Vetor Editora**, v. 6, n. 2, p. 43-50, 2005.

BEHENCK, A. et al. A família frente ao processo de tratamento e reinternação do portador de esquizofrenia. **Enfermagem em Foco**, v. 2, n. 4, p. 210-214, 2011.

BEZERRA, C. G.; DIMENSTEIN, M. O fenômeno da reinternação: um desafio à Reforma Psiquiátrica. **Mental**, v. 9, n. 16, p. 417-441, 2011.

BRANCO, F. M. F. C. et al. Percepção dos familiares de pessoas com esquizofrenia acerca da doença. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 12, p. e944-e944, 2019.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 abr. de 2001. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm)>. Acesso em 30 de ago. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece os Centros de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial de União**, Brasília, DF, 19 fev. 2002. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)>. Acesso: 30 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. **OPAS**. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)>. Acesso em: 31 ago.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental: o que é, doenças, tratamentos e direitos**. 2013. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental>>. Acesso em 31 ago. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. **Diário Oficial de União**, Brasília, DF, 21 dez. 2017. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html)>. Acesso em 31 ago. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.434, de 15 de agosto de 2018. *Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos*. **Diário Oficial de União**, Brasília, DF, 15 ago. 2017. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2434\\_20\\_08\\_2018.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2434_20_08_2018.html)>. Acesso em 31 ago. 2020.

BRITO, A. A. C.; BONFADA, D.; GUIMARÃES, J. Onde a reforma ainda não chegou: ecos da assistência às urgências psiquiátricas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1293-1312, 2015.

CAMPOS, P. H. F.; SOARES, C. B. Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em saúde mental. **Psicologia em Revista**, v. 11, n. 18, p. 219-237, 2005.

CAMPANA, M. C.; SOARES, M. H. Familiares de pessoas com esquizofrenia: sentimentos e atitudes frente ao comportamento agressivo. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 2, 2015.

CARDOSO, C. S. et al. Qualidade de vida e dimensão ocupacional na esquizofrenia: uma comparação por sexo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1303-1314, 2006.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. Doentes mentais e seu perfil de adesão ao tratamento psicofarmacológico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 1, p. 161-167, 2009.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. Psychiatric hospitalization and maintaining the treatment outside the hospital. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 1, p. 87-94, 2011.

CASTRO, S. A.; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F. Características sociodemográficas e clínicas em reinternações psiquiátricas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 800-808, 2010.

CID-10/ Organização Mundial da Saúde. **Tradução Centro Colaborador da OMS para a classificação de Doenças em Português**. 10 ed. – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2007.

CIRILO, L. S.; OLIVEIRA FILHO, P. Da desativação de leitos psiquiátricos à construção de uma rede substitutiva: a Reforma Psiquiátrica em Campina Grande (PB). **Saúde em Debate**, v. 34, n. 84, p. 148-158, 2010.

COELHO, V. A. A. et al. Alteração do perfil de atendimento dos hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte, Brasil, no contexto da reforma da assistência à saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 3605-3616, 2014.

CONCER, G. S. Perfil epidemiológico dos transtornos mentais e comportamentais nos municípios da microrregião de Criciúma/SC. 2012.

COVELO, B. S. R.; MOREIRA, M. I. Laços entre família e serviços de Saúde Mental: a participação dos familiares no cuidado do sofrimento psíquico. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 1133-1144, 2015.

CRUZ, K. D. F. et al. Atenção à crise em saúde mental: um desafio para a reforma psiquiátrica brasileira. **Revista do NUFEN**, v. 11, n. 2, p. 117-132, 2019.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P.G. G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020.

DALMOLIN, B. M. **Esperança equilibrada: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2006.

DAL POZ, M. R.; LIMA, J. C. S.; PERAZZI, S. Força de trabalho em saúde mental no Brasil: os desafios da reforma psiquiátrica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, p. 621-639, 2012.

DELL'ACQUA, G.. **Curso de atenção à saúde mental no território**. CESP/ Ensp/ Fiocruz (vídeo). Rio de Janeiro, 1992.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Réponse à la crise, stratégies et intentions de l'intervention dans le service psychiatrique territorial. **Perspectives**, v. 18, n. 7, 1991.

DRUMMOND, B. L. C.; RADICCHI, A. L. A.; GONTIJO, E. C. D. Fatores sociais associados a transtornos mentais com situações de risco na atenção primária de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, p. 68-80, 2014.

DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Editora Fiocruz, 1998.

DUARTE, M. L. C.; CARVALHO, J.; BRENTANO, V. Percepción de los familiares acerca del grupo de apoyo realizado en una unidad de internación psiquiátrica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, 2018.

DUARTE, S. L.; GARCIA, M. L. T. Reforma psiquiátrica: trajetória de redução dos leitos psiquiátricos no Brasil. **Emancipação**, v. 13, n. 1, p. 39-54, 2013.

FIGUEIREDO, A. C. **Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania**. Rio de Janeiro: Contra capa Livraria, 2004.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. Tradução de José Teixeira Coelho Netto. 1º ed.: EDITORA PERSPECTIVA S. A. 1978. 608 p.

GALERA, S. A. F. et al. Pesquisas com famílias de portadores de transtorno mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 4, p. 774-778, 2011.

GAUDÊNCIO, M. M.P; SILVA, T. L., MARTINIANO, C. S. **Uma delicada ponte entre o passado e o presente**: percepções do cuidar/cuidado elaboradas pelos moradores das residências terapêuticas. Campina Grande: EDUEPB, 2011.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989

GERMAIN, C. P. Ethnography: the method. In: MUNHAAL, P. L.; BIOD, C. O. **Nursing research: the qualitative perspective**. 2 ed. New York: National League for Nursing press, 1995. Cap. 8. p. 273 – 68.

GHIRARDI, M.. **Representações da deficiência e prática de reabilitação: uma análise do discurso técnico**. 1999. Tese (Doutorado em Psicologia) Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.1999.

GIACON, B.C. C.; GALERA, S. A. F.. Ajustamento familiar após o surgimento da esquizofrenia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 3, p. 321-326, 2013.

GONÇALVES, D. M.; KAPCZINSKI, F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 2043-2053, 2008.

Panorama da cidade de Campina Grande. **IBGE**.2021. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/campina-grande/panorama>>. Acesso em 02 de março 2021.

KEBBE, L. M. et al. Cuidando do familiar com transtorno mental: desafios percebidos pelos cuidadores sobre as tarefas de cuidar. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 494-505, 2014.

KINKER, F. et al. **Desconstruindo Mentalidades**. In: CAMPOS, Florianita Braga; LANCETTI, Antonio (Org.). Saúde Loucura: experiências da reforma psiquiátrica: Hucitec, 2010.

LARA, A. P. M.; VOLPE, F. M. Evolução do perfil das internações psiquiátricas pelo Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil, 2001-2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 659-668, 2019.

LIMA, I. C. S. et al. O centro de atenção psicossocial no olhar do familiar cuidador. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 3, p. 45-51, 2011.

LUZIO, C. A.; YASUI, S.. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. **Psicologia em estudo**, v. 15, n. 1, p. 17-26, 2010.

MACEDO, T. S. **Necessidades em saúde mental: uma abordagem antropológica**. 2010. 78 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Católica de Santos, Santos, 2010.

MACEDO, J.Q; SILVEIRA, M. F. A.; EULÁLIO, M. C. **Com a palavra, os profissionais: estudo das representações sociais da autonomia dos moradores da “Casa Azul”**. Campina Grande: EDUEPB, p. 181, 2011. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/pgwpg/pdf/silveira-9788578791230-10.pdf>>. Acesso em 31 ago. 2020

MACHADO, V. C.; SANTOS, M. A. O apoio familiar na perspectiva do paciente em reinternação psiquiátrica: um estudo qualitativo. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, p. 793-806, 2012.

MACHADO, V.; SANTOS, M. A. O tratamento extra-hospitalar em saúde mental na perspectiva do paciente reinternado. **Psicologia em Estudo**, v. 18, n. 4, p. 701-712, 2013a.

MACHADO, V.; SANTOS, M. A. Vivências familiares de pacientes com reinternação psiquiátrica. **Aletheia**, n. 40, p. 111-119, 2013b.

MACHADO, V. C.; SANTOS, M. A. O apoio familiar na perspectiva do paciente em reinternação psiquiátrica: um estudo qualitativo. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, p. 793-806, 2012.

MARTIN, D. et al. Condiciones de vida de portadores de trastornos psicóticos viviendo en habitaciones colectivas en Santos, Sureste de Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 4, p. 693-699, 2011.

MARTIN, D. et al. Sobre fazer ciência na pesquisa qualitativa: um exercício avaliativo. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 2, p. 392-394, 2012.

MARTINHAGO, F.; OLIVEIRA, W. F. A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina. **Saúde em debate**, v. 36, p. 583-594, 2012.



MELO, A. P. S.; GUIMARÃES, M. D. C.. Fatores associados ao abandono do tratamento psiquiátrico em um centro de referência em saúde mental em Belo Horizonte. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 27, n. 2, p. 113-118, 2005.

MELMAN, C. et al. Alcoolismo, delinquência, toxicomania: uma outra forma de gozar. In: **Alcoolismo, delinquência, toxicomania: uma outra forma de gozar**. 1992. p. 159-159.  
NASCIMENTO, K. C. et al. O desafio familiar no cuidado às pessoas acometidas por transtorno mental. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, v. 10, n. 3, p. 940-948, 2016.

NEVES, H. G.; LUCCHESI, R.; MUNARI, D. B. Saúde mental na atenção primária: necessária constituição de competências. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 4, p. 666-670, 2010.

OLIVEIRA, R. C. O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever. **Revista de antropologia**, v.19, n. 1, p. 13-37, 1996.

OLIVEIRA SEGUNDO, E. M. et al. A percepção da família que convive com pessoas portadoras de transtornos mentais. **Saúde Coletiva**, v. 8, n. 49, p. 93-98, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde**. Anais. Rio de Janeiro: Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS, 2011.

PALMA, R. S. F. et al. Desafios encontrados pelos familiares que convivem com o portador de esquizofrenia. **Revista Brasileira de Pesquisa em Ciências da Saúde**, v. 2, n. 1, p. 04-08, 2015.

PALMEIRA, L.; GERALDES, M. T; BEZERRA, A.B. Entendendo a Esquizofrenia: como a família pode ajudar no tratamento? Rio de Janeiro: Interciência; 2009.

PALMA, R. S. F. et al. Desafios encontrados pelos familiares que convivem com o portador de esquizofrenia. **Revista Brasileira de Pesquisa em Ciências da Saúde**, v. 2, n. 1, p. 04-08, 2015.

PINHEIRO, T. L. S. et al. Fatores relacionados com as reinternações de portadores de esquizofrenia. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 302-307, 2010.

POLIT, D. F. P.; BECK, C. T. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para prática de enfermagem [recurso eletrônico]. Tradução: Maria das Graças F. da Silva Toledo. 9 ed. Porto Alegre: artmed, 2019. E-pub.

RAMOS, D. K. R.; GUIMARÃES, J.; ENDERS, B. C. Análise contextual de reinternações frequentes de portador de transtorno mental. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 37, p. 519-527, 2011.

RAMOS, D. K. R.; GUIMARÃES, J.; MESQUITA, S.K.C. difficulties in the mental health network and psychiatric readmissions: discussing possible relationships. **Cogitare Enferm**, v. 19, n. 3, p. 510-6, 2014.

ROSA, L. C. S. Transtorno mental e o cuidado na família. **3.ed. São Paulo: Cortez, 2011.**

- ROSOLEM, R. **Entre idas e vindas ou sobre as reinternações psiquiátricas**. 123f. 2016. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade estadual de Maringá, Maringá, 2016.
- RÜSCH, N.; ANGERMEYER, M. C.; CORRIGAN, P. W. Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. **European psychiatry**, v. 20, n. 8, p. 529-539, 2005.
- SALLES, M. M.; BARROS, S. Reinternação em hospital psiquiátrico: a compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 1, p. 73-81, 2007.
- SANTOS, D. V. S.; ROSA, L. C. S. Reforma Psiquiátrica, famílias e estratégias de cuidado: uma análise sobre o cárcere privado na saúde mental. **Libertas**, v. 16, n. 2, 2016.
- SANTOS, C. S. et al. Internação do doente mental em serviço residencial terapêutico. **Revista De Saúde Dom Alberto**, v. 3, n. 2, p. 101-116, 2018.
- SANTOS JÚNIOR H.P.Q. Residências Terapêuticas: pesquisa e prática nos processos d desinstitucionalização. Campina Grande: EDUEPB. p. 95-113.
- SILVA, G.L.S. **A doença mental e a reforma psiquiátrica representadas por profissionais de saúde**. 123f. 2014. Dissertação (Mestre em Psicologia Social) - Universidade Federal da Paraíba, Joao Pessoa, 2014.
- SILVA, R. B. BUENO, H. P.V. A saúde mental e os principais motivos de afastamento do servidor público brasileiro. 18f. 2015. **Trabalho de conclusão do curso** (Especialista em Saúde Mental) - Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2015.
- SILVA, I. D.; KOCH, S. Esquizofrenia: percepção e vivências do sistema familiar. **Revista Psicologia em Foco**, v. 7, n. 10, p. 4-18, 2015.
- SILVEIRA, F.A.; SIMANKE, R. T. A psicologia em História da Loucura de Michel Foucault. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 21, n. 1, p. 23-42, 2009.
- SOARES, C. B.; MUNARI, D. B. Considerações acerca da sobrecarga em familiares de pessoas com transtornos mentais. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 6, n. 3, p. 357-362, 2007.
- SOUZA FILHO, M. D. de et al. Avaliação da sobrecarga em familiares cuidadores de pacientes esquizofrênicos adultos. **Psicologia em estudo**, v. 15, n. 3, p. 639-647, 2010.
- SOUZA, J. M. M.. **O impacto do pronto atendimento em saúde mental na redução das internações psiquiátricas no estado da Paraíba**. 48f. 2016. Dissertação (Mestre em Gestão e Economia da Saúde) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016.
- SOUZA, A.A. P, EULÁLIO, M. C. “E agora, o que vai ser da gente?” – **Fim de um hospital psiquiátrico: relato de caso em Campina Grande – PB**. In: Silveira MFA, Santos Júnior HPQ. Residências Terapêuticas: pesquisa e prática nos processos d desinstitucionalização. Campina Grande: EDUEPB. p. 95-113.

TELLES JUNIOR, H. O. **Enfermagem e saúde: percepções acadêmicas**. 1 ed. Porto Alegre: Simplíssimo livros, 2019.

TYKANORI, R. **Em busca da cidadania**. In :Campos, Florianita C.HERIQUES, Cláudia M.P. (org) *Contra a maré a beira mar. A experiência do SUS em Santos*. Pagina aberta. São Paulo,1996.

VILLARES, C. C.; REDKO, C. P.; MARI, J. J. C. Concepção de doença por familiares de pacientes com esquizofrenia. *Revista brasileira de psiquiatria*. São Paulo V.21 n.1, p. 36-47 jan/mar 1999.

VILLARES, C. C.; SARTORIUS, N. Challenging the stigma of schizophrenia. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 25, n. 1, p. 1-2, 2003.

WAIMAN, M. A. P. et al. Estratégia de cuidado a famílias de portadores de transtornos mentais: experiências de um grupo de pesquisa. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 8, p. 97-103, 2009.

WAHL, O. F. Mental health consumers' experience of stigma. **Schizophrenia bulletin**, v. 25, n. 3, p. 467-478, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: WHO, 2001.

XAVIER, J. M. et al. Percepção dos familiares de pessoas com esquizofrenia acerca da doença. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 25, n. 2, p. 161-166, 2012.

ZANATTA, P. F.; SILVA, N. C. Análise de um serviço de atendimento psicossocial através das reinternações hospitalares. **Revista Psicologia em Foco**, v. 7, n. 10, p. 19-34, 2015.

# APÊNDICES

# APÊNDICE 1 – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO EMPRAGADO PARA COLETA DE DADOS DURANTE AS ENTREVISTA

## ROTEIRO DE ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE

**Data:**

**Local da entrevista:**

**Apresentação da pesquisa e do(a) pesquisador (a)**

**Nome fictício:**

**Idade:**

**Local de moradia:**

1- O que busca nesta sala de espera? Irá visitar alguém? (explorar se tem grau de parentesco, qual)

2- Explorar quem é o paciente, idade, se tem alguma profissão, se tem filhos, se vive com alguém, trabalha, estuda..

3- Explorar o problema de saúde, desde quando, o que sabe do início desta doença, como se desenvolveu ao longo do tempo, se lembra de algum episódio marcante, o que causou...

4- Explorar o cotidiano do paciente fora do hospital ( o que faz, atividades diárias, auto cuidado, relações de sociabilidade, escolaridade, relações na casa onde mora...

5- Explorar os sintomas, como a família identifica mudanças, Explorar estratégias de cuidado, dificuldades de cuidado, onde buscam tratamento...

6- Como é viver com uma pessoa com esta situação? Conte-me sobre algo positivo desta pessoa, algo negativo

7- O que aconteceu a esta pessoa que resultou nesta internação ( explorar como ela veio para o serviço, quem trouxe, em que condições veio...

8- Você sabe de outras internações que aconteceram na vida desta pessoa? O que aconteceu? conte-me o que lembra...

9- O que você percebe que ocorre com ele que precisa reinternar... (explorar as situações de reinternações e justificativas percebidas....)

10- Como você se sente quando ele (a) se interna, fale um pouco desses momentos.

11- Como é composta a renda familiar (ele (a) recebe algum benefício do governo, qual?

## APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRO E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado,

O senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: **Reinternações de pacientes com transtornos mentais graves: o olhar dos familiares**, sob a responsabilidade de: **Jose Evandro Silva Soares**, enfermeiro, especialista em saúde mental e pesquisador.

Antes de decidir sobre sua permissão para a participação na pesquisa, é importante que entenda a finalidade da mesma e como ela se realizará. Portanto, leia atentamente as informações que seguem.

A reinternação de doentes mentais graves merece atenção especial visto os problemas desencadeados, desestabilidade social e familiar, custos, com isso a importância de analisarmos as relações familiares com os doentes mentais no que tange o processo de cuidado e idas e vindas das internações em hospitais psiquiátricos.

Terá como objetivo analisar a percepção da família dos doentes mentais sobre a internação recorrente em hospital psiquiátrico, vivências familiar deste processo.

Serão utilizados métodos e técnicas de pesquisa tradicional da Antropologia, entre elas a observação etnográfica densa e entrevista individual em profundidade, sendo aplicado um questionário semiestruturado e diário de campo para anotações de observações importantes para obtermos coleta de dados necessário no estudo. A pesquisa se realizará no hospital psiquiátrico da cidade de Campina Grande – PB, Apenas com sua autorização realizaremos a coleta dos dados.

Os riscos existentes relacionados a ética e dificuldade relacionadas ao tema tratado no projeto que serão respeitadas durante a pesquisa de campo. No tocante à observação etnográfica e entrevistas, estes serão formalizados quanto ao compromisso de não divulgar nomes ou dados dos respectivos participantes que permitam identificá-los ou contribuir para produzir estigma.

A pesquisa com os familiares será estabelecida uma relação onde os participantes não se sintam “avaliados” e, portanto, falem sobre como se dá as relações dos familiares internados. Desta forma, a observação etnográfica será uma possibilidade de escutar, criar um clima de confiança e colaborar com os participantes. Estes momentos podem desencadear desconfortos emocionais no

tocante ao enfrentamento das relações, bem como, momentos difíceis enfrentado com seus familiares.

A pesquisa também pode causar constrangimento ao falar sobre as questões pessoais. Portanto, os participantes serão informados da sua livre participação do estudo.

Os benefícios do estudo tem como principal a escuta dos familiares, das questões relacionadas aos conflitos vivenciados no percurso da doença de seus familiares.

Os resultados da pesquisa serão apresentados na instituição de tratamento e nas instâncias responsáveis pela assistência destes pacientes, na intenção de analisarmos o processo de idas e vindas destes doentes nas reinternações.

Contribuir para que as abordagens com esta população diversa e complexa, seja mais adequada e culturalmente sensível aos sofrimentos vividos por familiares inseridos na pesquisa.

Traçar um perfil das reinternações psiquiátricas e quais os motivos que influenciam tais ocorrências.

Em caso de desconforto e constrangimento do participante, será ofertando um momento de escuta e acolhimento, também a descontinuidade da entrevista caso o participante deseje.

O pesquisador terá cautela em fazer as perguntas ao participante, deixando-o o ambiente harmônico, como uma conversar acolhedora, não entrando em assuntos que não estão inseridos no estudo e que não se faz necessário, conforme a Resolução CNS 466/12/ CNS/MS.

Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, **poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares**, cumprindo as exigências da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

O voluntário poderá recusar-se a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer fase da realização da pesquisa ora proposta, não havendo qualquer penalização ou prejuízo.

O participante terá assistência e acompanhamento durante o desenvolvimento da pesquisa de acordo com Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Os dados individuais serão mantidos sob sigilo absoluto e será garantida a privacidade dos participantes, antes, durante e após a finalização do estudo. Será garantido que o participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os resultados da pesquisa poderão ser apresentados em congressos e publicações científicas, sem qualquer meio de identificação dos participantes, no sentido de contribuir para ampliar o nível de conhecimento a respeito das condições estudadas. (Res. 466/2012, IV. 3. g. e. h.).

Em caso de dúvidas, você poderá obter maiores informações entrando em contato com **JOSE EVANDRO SILVA SOARES** através dos telefones (83) 9 99824984 ou através dos e-mails: [profuepb.2017@gmail.com](mailto:profuepb.2017@gmail.com) ou do endereço: rua Jose Marinho Falção N° 105 Apartamento 104 Bloco G residencial Santa Tereza. Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa, localizado no 2º andar, Prédio Administrativo da Reitoria da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB, Telefone 3315 3373, e-mail: [cep@uepb.edu.br](mailto:cep@uepb.edu.br)

#### CONSENTIMENTO

Após ter sido informado sobre a finalidade da pesquisa Reinternações de pacientes com transtornos mentais graves: O olhar dos familiares e ter lido os esclarecimentos prestados no presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu \_\_\_\_\_ autorizo a participação no estudo, como também dou permissão para que os dados obtidos sejam utilizados para os fins estabelecidos, preservando a nossa identidade. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador.

Campina Grande, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador





# **ANEXOS**

## ANEXO I – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA  
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO E  
PESQUISA / UEPB - PRPGP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** REINTERNAÇÕES DE PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES: O OLHAR DOS FAMILIARES

**Pesquisador:** JOSE EVANDRO SILVA SOARES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 28375920.1.0000.5187

**Instituição Proponente:**

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.818.946

#### Apresentação do Projeto:

Lê-se:

**INTRODUÇÃO:** As reinternações dos doentes mentais representam um desafio na consolidação da política de saúde mental no Brasil, que perpassa por um processo de construção e desconstrução de paradigmas, envolvendo diversos atores sociais e principalmente familiares. **JUSTIFICATIVA:** A reinternação de doentes mentais graves, merece atenção especial quanto aos problemas desencadeados, desestabilidade social e familiar, e custos econômicos e sociais, com isso a importância de analisarmos as relações familiares com os doentes mentais no que tange o processo de cuidado e idas e vindas das internações em hospital psiquiátrico. **OBJETIVOS:** Analisar a percepção da família dos doentes mentais sobre a internação recorrente em hospital psiquiátrico e vivências familiar deste processo. **MÉTODOS:** Serão utilizados métodos e técnicas de pesquisa tradicional da Antropologia, entre elas a observação etnográfica densa e entrevista individual em profundidade. A pesquisa se realizará no hospital psiquiátrico da cidade de Campina Grande – PB. Participarão da pesquisa os familiares dos doentes mentais graves e severos internados com duas ou mais internações, que estarão na sala de espera no momento da pesquisa. Esta pesquisa pretende -se contribuir com a política pública de saúde mental e com os serviços de referência de tratamentos dos doentes mentais.

**Endereço:** Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário  
**Bairro:** Bodocongó **CEP:** 58.109-753  
**UF:** PB **Município:** CAMPINA GRANDE  
**Telefone:** (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br

## ANEXO II – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

CLÍNICA PSIQUIÁTRICA DOUTOR MAIA  
Rua: Av Presidente Getúlio Vargas, 442 - Prata - Campina Grande, PB -  
CEP: 58400-585  
INSCRITO SOB O CNPJ 10.197.502/0001-08

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL (TAI)

Estamos cientes da intenção e autorizamos a realização do projeto intitulado Reinternação de pacientes com transtornos mentais graves: o olhar dos familiares desenvolvida pelo pesquisador autônomo, Jose Evandro Silva Soares, enfermeiro, especialista em saúde mental.

Campina Grande – PB, 28 de janeiro de 2020.

  
**Maria Cristina Maia de Oliveira Fernandes**  
Responsável  
CRP 1071492 - CPF 181.471.604-10

## ANEXO III – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

### DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa: "Reinternações de pacientes com transtornos mentais graves: o olhar dos familiares"**

Eu, **Jose Evandro Silva Soares, enfermeiro** portador (a) do RG: 2720595 declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em acompanhar seu desenvolvimento no sentido de que se possam cumprir integralmente as diretrizes da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Campina Grande - PB, 22 de janeiro de 2020

  
Assinatura do Pesquisador