REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

João Batista Silva Filho

AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS, DAS ATITUDES E PRÁTICAS PARA MELHORIA DO CUIDADO FAMILIAR A PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL

Sobral – Ceará
2023

João Batista Silva Filho

AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS, DAS ATITUDES E PRÁTICAS PARA MELHORIA DO CUIDADO FAMILIAR A PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL

Trabalho de Conclusão do Mestrado apresentado à banca de qualificação do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Estadual Vale do Acaraú.

Orientadora: Prof.ª Dra. Eliany Nazaré Oliveira

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do cuidado em saúde

Sobral – Ceará

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual Vale do Acaraú

Sistema de Bibliotecas

Silva Filho, João Batista
Avaliação dos Conhecimentos, das Atitudes e Práticas para a melhoria do cuidado familiar a pessoas com transtorno mental [recurso eletrônico] / João Batista Silva Filho. -- Sobral, 2023.
1 CD-ROM: il. ; 4 $^{3}/_{4}$ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato pdf do trabalho acadêmico com 114 folhas.
Orientação: Prof.ª Dr.ª Eliany Nazaré Oliveira.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Estadual Vale do Acaraú / Centro de Ciências da Saúde

1 Conhecimentos, atitudes e práticas em saúde2 Famílias3 Transtorno Mental I. Título.

João Batista Silva Filho

AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS, DAS ATITUDES E PRÁTICAS PARA MELHORIA DO CUIDADO FAMILIAR A PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL

Trabalho de Conclusão do Mestrado apresentado à banca de qualificação do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Estadual Vale do Acaraú.

BANCA EXAMINADORA

_____

Prof.ª Dra. Eliany Nazaré Oliveira (Presidente)

Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA

_____

Prof.ª Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos

Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA

_____

Prof.ª Dra. Roberlandia Evangelista Lopes Ávila

Centro Universitário INTA/UNINTA

Aprovado em: 30 de março de 2023.

Sobral – Ceará

DEDICATÓRIA

A minha mãe, por ser essa mulher corajosa, batalhadora, inteligente, amorosa, cuidadora; que criou três filhos com muita dificuldade; trabalha desde cedo; filha de pais pobres, mas nunca deixou de estudar, apesar das limitações financeiras, incentivada, principalmente, pela mãe, outra mulher trabalhadora, humana, humilde, guerreira, sábia, extraordinária, que amou os filhos, os netos e os bisnetos, com devoção e muito carinho. Minha mãe estudou em escola pública, formou-se, fez pós-graduação; professora, concursada, guerreira, determinada, persistente, de fácil adaptação; avó de três, tia de dez; irmã de seis; que ajudou os pais no cuidado dos irmãos menores; que sempre me incentivou, apoiou-me nos momentos de luta; ajudou-me a superar inúmeras questões; financiou meus estudos com muita perseverança, apesar das dificuldades surgidas no decorrer desse processo; insistiu para eu persistir nos meus objetivos; ficou feliz e emocionada quando descobriu que seu filho do meio iria ser o primeiro a entrar na faculdade; que vibrou quando esse filho conquistou o primeiro concurso público; sempre incentivou os estudos, o conhecimento e o desenvolvimento pessoal dos filhos, ajudando sempre que necessário; nunca desistiu dos mesmos, nem do seu companheiro de vida, com o qual está dividindo uma história de quarenta anos, entre alegrias e tristezas, saúde e doença, com ou sem dívidas. Uma mulher que me cobra, quando necessário, que cuidou de mim, assistiu-me quando precisei, desde a infância, até a vida adulta; que se preocupa comigo, que liga quando demoro a chegar à casa, que

sente saudades; que chora de alegria, de emoção; que me guia, que me protege; me ama hoje e sempre. A essa mulher extraordinariamente bela, dedico.

AGRADECIMENTOS

A mim mesmo, por não desistir, mesmo diante dos inúmeros obstáculos, dificuldades, dias corridos e cansativos, desconfiança de alguns, subestima de outros; por acreditar na minha capacidade, no meu conhecimento; por sempre correr atrás dos meus objetivos, com calma e no meu momento.

A minha trajetória, como ser humano, acadêmica e profissional, por todas as minhas conquistas, pessoais e profissionais; pelos anos de estudo, de trabalho árduo; escolas que frequentei, cursos de especialização que fiz.

Aos meus pais, por acreditarem no meu potencial, na minha competência; pelo orgulho que sentem, pelas cobranças, pelo acolhimento, apoio e suporte; pelo meu sustento de cada dia; pelos momentos de alegrias e tristezas.

As minhas sobrinhas/afilhadas, pela vida delas, pela presença perto de mim, pelo privilégio de vê-las nascer, pela honra em poder apadrinhá-las.

Ao meu primo Diego Carneiro Farias, pelas nossas trocas, vivências, pela honra de apadrinhar a filha primogênita, por acreditar em mim, pelo orgulho mútuo.

Aos meus amigos e colegas de mestrado: Luana Silva Sousa, Francisco Antônio de Sousa e Jardel Alcântara de Negreiros, por nossa camaradagem, pelos trabalhos em conjunto, pela troca de ideias, conhecimentos e experiências; pelos sacrifícios vivenciados, pelo orgulho mútuo.

Às coordenadoras do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Dra. Maria Socorro de Araújo

Dias e Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos, pela oportunidade em participar desse curso e pelo conhecimento adquirido.

Ao meu amigo, Pedro Henrique Magalhães Araújo, pelo apoio, pela paciência, pelos anos de convivência; por nossas conversas, pelos conselhos, pela escuta, pelo carinho, pela disposição; pela presença na minha vida; por não desistir da nossa amizade.

A minha orientadora, Professora Dra. Eliany Nazaré Oliveira, pelos saberes compartilhados, colaboração mútua, por seguir nessa trajetória comigo, apesar dos percalços.

Ao Grupo de Estudo e Pesquisa Saúde Mental e Cuidado (GESAM), por toda contribuição, durante a fase de coleta de dados, ajudando na edição do instrumento, deslocando-se ao local do estudo, conversando com familiares participantes. À Alexia Gomes Souza, Ana Beatryz dos Santos Costa, Caio San Rodrigues, Carolina da Cunha Pereira, Emília do Nascimento Silva, Flávia Regino Oliveira, João Walyson de Paula Cordeiro, Lara Raveny Bezerra de Oliveira, Letícia Mara Cavalcante Lima, Lídia Cristina Monteiro da Silva, Patrícia Silva Pereira, Pedro Lucas Alves, Ravena Petra Mororó Ziesemer, Ravena Silva do Nascimento, Regina Alves de Oliveira Neta, Sabrina da Silva França e Vitória Kethly Farrapo da Silva.

Ao Professor Dr. Paulo César de Almeida, pela sua colaboração no desenvolvimento do estudo, que foi fundamental para a qualidade do mesmo, através da análise estatística dos dados coletados.

Aos gerentes dos Centros de Saúde da Família (CSF), do município de Sobral, que se dispuseram a colaborar com o estudo, liberando o espaço para realização de rodas de conversa, contactando Agentes Comunitários de Saúde.

Às Agentes Comunitárias de Saúde, em especial, aquelas do CSF Alto da Brasília, pela disposição, paciência e colaboração, durante as visitas domiciliares.

A minha cidade Sobral, Ceará, por ser nascido e criado em um local que se desenvolve a cada dia, referência em saúde e educação; por conquistar o mérito de ser concursado nessa que é minha cidade, meu orgulho, meu lar.

Pelo privilégio de seguir em uma carreira tão sonhada e bem quista por mim: a carreira acadêmica, ensinando e aprendendo; pela oportunidade de trocar experiências e conhecimentos com futuros estudantes e colegas professores.

feci quod potui, faciant meliora potent

Expressão latina

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABRASME	Associação Brasileira de Saúde Mental
ABVD	Atividade Básica da Vida Diária
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Álcool e outras Drogas
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIVD	Atividade Instrumental da Vida Diária
ANOVA	Análise de Variância
AP	Atenção Primária
AS	Atenção Secundária
AT	Atenção Terciária
AT	Acompanhamento Terapêutico
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAP	Conhecimentos, Atitudes e Práticas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CE	Ceará
CF	Constituição Federal
CEM	Centro de Especialidades Médicas
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico

COVID-19	Coronavírus SARS-CoV-2
CRAS	Centros de Referência e Assistência Social
CREAS	Centros de Referência Especializados de Assistência Social
CSF	Centro de Saúde da Família
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DPU	Defensoria Pública da União
eAP	Equipe de Atenção Primária
EP	Educação Permanente
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESPVS	Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia
FBIS-BR	*Family Burden Interview Scale for Relatives of Psychiatric Patients*
GAF	Grupo de Apoio Familiar
GAM	Gestão Autônoma da Medicação
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
HDE	Hospital Dr. Estevam Ponte
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILP	Instituição de Longa Permanência
IM	Intramuscular
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
IV	Intravenosa
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MPSF	Mestrado Profissional em Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
MLA	Movimento de Luta Antimanicomial
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PVC	Programa de Volta para Casa
QASCI	Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial

RAISM	Rede de Atenção Integral à Saúde Mental
RENASF	Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família
RP	Reforma Psiquiátrica
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SM	Saúde Mental
SPE	Saúde e Prevenção nas Escolas
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
SPSS	*Statistical Package for the Social Sciences*
TAB	Transtorno Afetivo Bipolar
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizado
TCC	Terapia Cognitivo Comportamental
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TE	Tecnologia Educacional
TECC	Teoria Enfoque de Consistência Cognitiva
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
TMG	Transtorno Mental Grave
TO	Terapeuta Ocupacional
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
UA	Unidade de Acolhimento
UNINTA	Centro Universitário INTA
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UVA	Universidade Estadual Vale do Acaraú
WHO	*World Health Organization*

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Distribuição das variáveis sociodemográficas do cuidador da pessoa com Transtorno Mental, Sobral, Ceará, 2023

Tabela 2 Apresentação do conhecimento e tipo de Transtorno Mental informado pelo familiar cuidador da pessoa acompanhada pelo sistema de saúde, Sobral, Ceará, 2023

Tabela 3 Distribuição do grau e tipos de dificuldades identificadas por familiares cuidadores de pessoas com transtorno mental, Sobral, Ceará, 2023

Tabela 4 Apresentação das atividades de apoio desenvolvidas pelos familiares cuidadores de pessoas com Transtorno Mental, devido ao estado de dependência, Sobral Ceará, 2023

Tabela 5 Distribuição dos medicamentos psicotrópicos, forma de administração e horários, utilizados pelas pessoas com Transtorno Mental que recebem cuidados, Sobral, Ceará, 2023

Tabela 6 Apresentação das atitudes e do grau de concordância do familiar frente ao cuidado e autocuidado da pessoa com transtorno mental, Sobral, Ceará, 2023

Tabela 7 Apresentação das práticas e frequência de aplicação por familiares frente ao cuidado e autocuidado da pessoa com transtorno mental, Sobral, Ceará, 2023

Tabela 8 Apresentação do que deve ser observado pelos familiares no

ambiente e relação na terapêutica durante o cuidado à pessoa com transtorno mental, Sobral, Ceará, 2023

Tabela 9 Apresentação das consequências de um ambiente e relação terapêutica ruins no cuidado à pessoa com transtorno mental, Sobral, Ceará, 2023

Tabela 10 Apresentação das atitudes e do grau de concordância do familiar frente ao ambiente e relação terapêutica, durante o cuidado da pessoa com transtorno mental, Sobral, Ceará, 2023

Tabela 11 Apresentação das práticas e frequência de aplicação por familiares frente ao ambiente e relação terapêutica, durante o cuidado da pessoa com transtorno mental. Sobral, Ceará, 2023

Tabela 12 Apresentação do conhecimento sobre os sinais e sintomas da pessoa com Transtorno Mental em crise, Sobral, Ceará, 2023

Tabela 13 Apresentação do conhecimento sobre as orientações de como lidar com a pessoa acometida de Transtorno Mental em crise, Sobral, Ceará, 2023

Tabela 14 Apresentação do conhecimento sobre internações e tratamento recebido pela pessoa com Transtorno Mental em crise, Sobral, Ceará, 2023

Tabela 15 Apresentação das atitudes e do grau de concordância do familiar frente aos para a crise em saúde mental, Sobral, Ceará, 2023

Tabela 16 Distribuição das práticas e frequência de aplicação por familiares frente aos para a crise em saúde mental, Sobral, Ceará, 2023

RESUMO

A família é imprescindível no cuidado à pessoa com Transtorno Mental (TM) e deve cooperar com a equipe de saúde para fortalecê-lo, com auxílio de instrumentos, como o inquérito sobre os Conhecimentos, Atitudes e Práticas (CAP). Objetivou-se avaliar os conhecimentos, as atitudes e práticas para melhoria do cuidado familiar a pessoas com TM. Estudo avaliativo, delineamento transversal e abordagem quantitativa, em Sobral, Ceará, cujos participantes foram familiares de pessoas com TM, acompanhadas por 25 Centros de Saúde da Família (CSF), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II), CAPS Álcool e outras drogas e CAPS infanto-juvenil (CAPSi). População: 1.354 pessoas; amostra: 196. Utilizou-se do inquérito CAP para fundamentar o estudo. Obedeceu-se à Resolução 466/12; parecer nº 5.536.619 e CAAE: 58570622.5.0000.5053. Entregue e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Resultados: maioria dos participantes eram pais da pessoa cuidada (46,9%); conheciam o tipo de TM (77,6%), o medicamento (85,7%), a forma de administração (95,9%) e os horários (95,4%); não receberam orientações sobre o ambiente (67,9%) e a relação terapêutica (55,1%), mas sabiam identificar o que deve ser observado nos mesmos para mantê-los saudáveis; conheciam os sinais e sintomas de uma crise (92,9%), mas não receberam informações sobre como lidar (62,2%); apresentaram dificuldades no cuidado (54,6%), mas não se sentiam incapazes de oferecê-lo da melhor forma (50%). O conhecimento, a atitude e prática dos familiares cuidadores foram adequados, em relação ao cuidado e

autocuidado. O conhecimento foi inadequado, no que se refere ao ambiente e à relação terapêutica, atitude e prática adequadas. Em relação às condutas diante dos sinais e sintomas agudizados em Saúde Mental, apresentaram conhecimento inadequado. O profissional de saúde pode contribuir com o familiar cuidador por meio da psicoeducação, do acompanhamento terapêutico e fortalecimento do apoio matricial. Assim, percebeu-se que o inquérito CAP é um recurso avaliativo, que possibilitará melhora do cuidado, em momento posterior, a partir do planejamento de momentos de capacitação para familiares cuidadores em saúde mental. É necessária a criação de um material educativo a ser disponibilizado para ações de educação em saúde.

Descritores: Conhecimentos, atitudes e práticas em saúde; Famílias; Transtorno Mental

ABSTRACT

The family is essential in caring for a person with a mental disorder (MD) and must cooperate with the health team to strengthen him/her, using instruments such as the survey on knowledge, attitudes, and practices (KAP). The objective of this study was to evaluate knowledge, attitudes, and practices to improve family care for people with MD. The study used an evaluative, cross-sectional design with a quantitative approach, conducted in Sobral, Ceará. The participants were family members of people with MD, monitored by 25 Family Health Centers (FHC), Psychosocial Care Centers (CAPS II), CAPS for alcohol drugs, and CAPS for children and adolescents (CAPSi). The population comprised 1354 people, and the sample was made of 196. The KAP survey was used to support the study, and Resolution No. 466/12, Opinion No. 5,536,619, and CAAE No. 58570622.5.0000.5053 were complied with. The Informed Consent Form (ICF) was delivered and signed by all participants. The results showed that most participants were parents of the person receiving care (46.9%). They knew the type of MD (77.6%), medication (85.7%), administration route (95.9%), and the medication schedule (95.4%). However, they did not receive guidance on the environment (67.9%) or the therapeutic relationship (55.1%), although they knew how to identify what should be observed to maintain the patients healthy. They knew the signs and symptoms of a crisis (92.9%) but did not receive information on how to deal with it (62.2%). They had difficulties providing care (54.6%) but did not feel incapable of offering it in the best way (50%). The family

caregivers' knowledge, attitude, and practices were adequate concerning care and self-care, but knowledge was inadequate concerning the environment and therapeutic relationship. Their attitude and practices were considered appropriate. They had inadequate knowledge concerning conduct in the face of acute signs and symptoms in mental health (MH), but their attitude and practice were appropriate. The health professional can assist the family caregiver through psychoeducation, therapeutic monitoring, and matrix support improvement. Therefore, the KAP survey is an evaluative resource that can improve care in the future, based on planned training sessions about mental health for family caregivers. It is necessary to create educational materials and make them available for health education actions.
Descriptors: Health knowledge, attitudes, and practice; Family; Mental Disorders

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 15
1.1 Aproximação com o Objeto de Estudo 15
1.2 Contextualização do Objeto de Estudo 17
1.3 Justificativa e Relevância do Estudo 19
2 OBJETIVOS 21
2.1 Geral 21
2.2 Específicos 21
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA 22
3.1 Reforma psiquiátrica e a Rede de Atenção Psicossocial, no Brasil 22
3.2 Familiar cuidador da pessoa com transtorno mental 25
4 REFERENCIAL METODOLÓGICO 29
5 METODOLOGIA 33
5.1 Tipo de 33

Estudo .....
5.2 Local e período do Estudo 33
……
5.3 População e amostra …….. 34
……..
5.4 Métodos e procedimentos para coleta de 36
dados .....
5.5 Processo de Construção do Inquérito sobre os conhecimentos, atitudes e práticas (CAP) do familiar cuidador da pessoa com transtorno 36
mental .....
5.5.1 Domínio I – Cuidado e autocuidado da pessoa com transtorno mental 37
5.5.2 Domínio II – Ambiente e relação 38
terapêutica .....
5.5.3 Domínio III – Condutas diante da pessoa com transtorno mental em 39
crise .....
.
5.6 Análise dos dados 40
……..
5.7 Aspectos éticos e 40
legais .....
6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS 42
RESULTADOS .....
7 CONCLUSÕES 80
……..
REFERÊNCIAS 83
APÊNDICES …..... 96

APÊNDICE A – CARTA CONVITE AO PÚBLICO-ALVO 97
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) AO PÚBLICO-ALVO 98
APÊNDICE C – INQUÉRITO CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DO FAMILIAR CUIDADOR DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL 100
ANEXOS 106
ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA 107
ANEXO 2 – DECLARAÇÃO DE REVISÃO LINGUÍSTICA 111
ANEXO 3 – CERTIFICADO DE TRADUÇÃO LINGUÍSTICA 112

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aproximação com o objeto de estudo

O comportamento humano é uma área que sinto fascínio e curiosidade. Meu primeiro contato com essa área foi durante a disciplina Psicologia Aplicada à Saúde (2006), no início da graduação em Enfermagem, na Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA (2006-2010). Durante as aulas, surgiam inúmeros debates sobre as diferenças entre saúde e transtorno mental, porque algumas pessoas adoecem da mente e quais os sinais e sintomas apresentados.

Na disciplina Saúde Mental (2008), a partir dos assuntos e das temáticas abordadas, fui sentindo atração maior por essa área; descobri o que foi a Reforma Psiquiátrica, por qual motivo surgiu e as consequências do surgimento (desospitalização, com o fechamento dos manicômios; criação dos serviços comunitários, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), consultórios de rua, residências terapêuticas; e criação da lei que assegura a proteção e os direitos da pessoa com transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental). Com os conhecimentos adquiridos na referida disciplina, decidi abordar alguns aspectos da área de Saúde Mental no meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

A partir de leituras realizadas sobre comportamento humano e Saúde Mental, percebi que a escuta e a conversa são duas ferramentas essenciais de ajuda à pessoa com transtorno mental. Então, durante os meus estágios curriculares, usei essas ferramentas para trabalhar com esse público, nos setores estagiados.

No estágio supervisionado I, na Atenção Básica – AB (2009), tive contato com uma ferramenta de avaliação de famílias (estrutura, desenvolvimento, funcionalidade), desenvolvida por enfermeiras do Canadá, o Modelo Calgary. Este me ajudou a compreender a importância da instituição familiar no tratamento e cuidado de pessoas com algum tipo de enfermidade ou transtorno.

Durante minhas vivências práticas, aliadas às leituras teóricas, apaixonei-me por Saúde Mental e Saúde da Família, decidindo, a partir de então, focar as minhas futuras pesquisas, aliando estes dois temas (família e transtorno mental). No meu TCC (2010), desenvolvi e apresentei estudo relacionado à avaliação (estrutural,

do desenvolvimento e funcional) de famílias com uma pessoa com transtorno mental.

Depois de graduado, minha paixão pelo comportamento humano me levou a buscar mais conhecimentos sobre. Então, resolvi fazer uma especialização em Saúde Mental, pelo Centro Universitário INTA – UNINTA (2011-2013), com carga-horária de 420 horas/aula. Durante esse curso, tive contato com uma excelente ferramenta de auxílio aos transtornos mentais, a terapia comunitária. Com ela, podem ser trabalhadas as necessidades das famílias e das pessoas com transtorno mental, por meio do compartilhamento, em grupo, de histórias e vivências. A partir disso, os participantes da terapia ajudam uns aos outros a resolverem os conflitos existentes, estreitando laços interpessoais e fornecendo apoio mútuo.

A minha experiência profissional, trabalhando em serviços de Saúde Mental, como o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I (2017-2018) e a enfermaria psiquiátrica do Hospital Dr. Estevam Ponte – HDE (2017), nos municípios de Ipueiras e Sobral, Ceará, respectivamente, fez-me perceber o quanto a família é importante no cuidado ao transtorno mental. As internações psiquiátricas e as crises em Saúde Mental eram menores quando a família se disponibilizava a ser mais presente na vida dessas pessoas, tornando-se o centro do cuidado. Muitos familiares abdicavam desse dever por medo de não conseguir lidar com os problemas relacionados ao transtorno mental (desequilíbrio, sofrimento e crises constantes). Sentiam-se incapazes de oferecer melhor cuidado, transferindo essa função, apenas, para o profissional de saúde. Isso me deixava angustiado, sentindo-me impotente, sem saber como lidar.

Em 2020, após dez anos de experiência como enfermeiro, no cuidado às pessoas e famílias, ingressei no Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF), pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), nucleadora UVA, que trouxe inúmeras contribuições para o meu crescimento pessoal e profissional.

O MPSF possibilitou o contato com novas tecnologias de aprendizagem. Com as metodologias de ensino, troca de saberes e experiências, pude identificar como eu poderia ajudar tanto as famílias como as pessoas com transtorno mental, na resolução de problemas e na melhora do vínculo com a equipe de saúde.

Decidi, então, trabalhar com uma ferramenta para avaliar os conhecimentos, atitudes e práticas (CAP) do familiar no cuidado à pessoa com transtorno mental: o inquérito CAP, com intuito de compreender as necessidades desses cuidadores, a fim de os mesmos, após o acesso a novos saberes, ofertarem melhor atenção e cuidado, fortalecendo o empoderamento pessoal.

1.2 Contextualização do Objeto de Estudo

Os transtornos mentais são distúrbios que afetam a mente; diversos, tanto em número quanto em características. Apresentam combinação de pensamentos, percepções, emoções e comportamentos que diferem do comum, prejudicando as relações interpessoais. O número de pessoas acometidas por esse mal continua crescendo, gerando impactos significativos sobre a saúde e consequências no campo social, econômico e dos direitos humanos, no mundo (OPAS, 2018).

A família é imprescindível no cuidado à pessoa com transtorno mental, por ser espaço de troca, de relação interpessoal e que dispõe de capacidade de adaptar-se às diferentes situações, como a de conviver com uma pessoa que apresenta um transtorno e que evolui para cronicidade (BORBA et al., 2011).

A família cuidadora refere situações que terminam por gerar sobrecarga física e mental, como administrar renda e medicamentos, higienizar e promover conforto, estar atento às mudanças de humor e comportamento do cliente com transtorno mental. Essas situações podem gerar prejuízos no trabalho e na vida social do familiar, devido à preocupação deste em prover cuidado satisfatório ao cliente com transtorno mental (BESSA; WAIDMAN, 2013).

O espaço familiar como unidade de pesquisa e cuidado recebe um crescente interesse por parte da Enfermagem. O desenvolvimento teórico da profissão neste cenário evidencia a importância e a necessidade de se incluir a família no âmbito do cuidado, contribuindo para que este seja adotado pelos sistemas de saúde.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), neste sentido, funciona como espaço, no qual a família pode ser cuidada e assistida, de maneira holística. Criada com intuito de reorganizar a prática assistencial, priorizando a promoção da saúde e intervindo nos fatores que a colocam em risco, com o desenvolvimento de ações programáticas e intersetoriais, enfocando a abordagem familiar (BRASIL, 2012a).

O cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica (AB) é estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários. É comum que a equipe de saúde se encontre com as pessoas com transtorno mental, de maneira constante. Os profissionais da AB são orientados pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), como o vínculo, a humanização e a continuidade do cuidado, possibilitando atenção integral, mediante o acesso aos outros serviços do SUS, incluindo os da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS (BRASIL, 2013).

É essencial compreender a família como a unidade de saúde que apresenta maior constância para os membros, assim, a assistência implica conhecer como cada um promove o cuidado e identificar as dificuldades e os esforços para partilhar as responsabilidades. Com base nas informações obtidas, os profissionais devem usar os conhecimentos sobre cada família, para junto dela pensar e implementar a melhor assistência possível, livre de discriminação e preconceitos.

O enfermeiro que atua na ESF lida com famílias de pessoas com transtorno mental, disponibilizando medicações, orientando sobre a administração correta, higiene pessoal, importância do suporte em saúde mental, nos momentos de maior sofrimento e crise. Busca promover conforto e ajudar essa família nos momentos de sobrecarga. Além de realizar visitas domiciliares, com intuito de conhecer a realidade local, através da territorialização. Para reforçar e viabilizar a descrição anterior, Caçador et al. (2015) afirmam que o enfermeiro desempenha atividades educativas, assistenciais e administrativas, contribuindo para resolutividade nos diferentes níveis de atenção à comunidade, seja o primário, secundário ou terciário.

A ESF disponibiliza inúmeras ferramentas de promoção e educação em saúde, entre elas, manuais, cadernos, cartilhas e instrumentos de avaliação, como o inquérito sobre conhecimentos, atitudes e práticas (CAP). O inquérito CAP surgiu para auxiliar no desenvolvimento de estratégias de cuidado, seja na atenção primária, secundária ou terciária. Moreira (2015) ressalta que partir a avaliação de conceitos, comportamentos e condutas, esse instrumento permite que sejam criadas práticas de saúde, a fim de melhorar o cuidado dispensado.

É fundamental compreender a relação entre a Saúde Mental e a Saúde da Família. O cuidado à pessoa com transtorno mental deve ser gerido pela AB, em apoio com os outros serviços comunitários e extra-hospitalares, como os Centros de

Atenção Psicossocial (CAPS), para que esse público se sinta pertencente à sociedade, e se possa atingir um processo de reabilitação satisfatório.

Assim, compreende-se a importância da relação entre serviços de saúde e familiares cuidadores. Esses devem firmar acordo de cooperação para fortalecer a gestão do cuidado intradomiciliar. O inquérito sobre os Conhecimentos, as Atitudes e Práticas (CAP), dessa maneira, surge como ferramenta para avaliação do cuidado prestado por familiares de pessoas com transtorno mental, de modo a proporcionar melhor capacitação a esses familiares e cuidado eficiente.

1.3 Justificativa e Relevância do Estudo

O cuidado familiar oferecido à pessoa com transtorno mental exige compromisso, paciência, empatia, tempo, disponibilidade e outras habilidades que serão testadas no decorrer desse processo. Esse cuidado pode gerar sobrecarga emocional no familiar, objetiva ou subjetiva, ocasionando alterações na rotina, na vida social e familiar, perdas financeiras e sentimentos negativos, como frustração, estresse, raiva, sofrimento e impotência (GOMES; SILVA; BATISTA, 2018).

Os sentimentos negativos gerados pela sobrecarga emocional terminam por fazer com que o cuidador se sinta incapaz de continuar com essa função e a delegue, apenas, para a equipe de saúde. A rede de suporte social dá lugar à institucionalização do cuidado terapêutico. Esse discurso pode ser observado no estudo de Nascimento e Leão (2019), que traz a dependência de pessoas com transtorno mental ao serviço asilar, pois este é visto como acolhedor, diferente do convívio com a família, que é descrito como local de censura. Além disso, o autor relata que a incapacidade de a família lidar com o transtorno mental, também, gera raiva e revolta, desencadeando discursos agressivos e discriminatórios, que terminam por induzir ao isolamento da pessoa com transtorno mental do convívio social.

Kebbe et al. (2014) reforçam a ideia de que o familiar envolvido no cuidado apresenta sobrecarga pelo acúmulo de funções desempenhadas e despreparo do cuidador, sinalizando que os equipamentos de saúde mental necessitam intervir na saúde do cuidador e capacitá-lo para a oferta de cuidados.

A equipe de saúde precisa trabalhar em conjunto com a família, ajudando-a nas dificuldades enfrentadas no cuidado à pessoa com transtorno mental. É necessário comunicação, escuta, acolhimento por parte dessa equipe. Os profissionais de saúde devem empoderar a família, para que ela se reconheça como principal responsável pelo cuidado, tornando-se o centro da assistência.

Conforme Eloia et al. (2018), é fundamental repensar as estratégias de cuidado e apoio às famílias, bem como a necessária preparação dos cuidadores para a alta hospitalar da pessoa com transtorno mental, considerando necessidades, saberes e autonomia. Estes autores sugerem a adoção de Educação Permanente (EP) para qualificação dos profissionais de saúde no aperfeiçoamento de competências em saúde mental direcionadas à assistência integral às famílias e apropriação de instrumentos inovadores para produção do cuidado.

/O inquérito sobre Conhecimentos, Atitudes e Práticas (CAP) em saúde funciona como instrumento inovador no cuidado em saúde. Oliveira et al. (2020) sugerem que o mesmo favorece a investigação de comportamentos e condutas inadequadas, para posterior planejamento e implementação de práticas de educação em saúde que terminem por promover ajustes no cuidado à pessoa que necessita.

O inquérito CAP é utilizado nas ações de intervenção em saúde em diversas áreas do conhecimento, como saúde, educação, meio ambiente. Por isso, torna-se ferramenta de cuidado indispensável para a equipe de saúde, a fim de se identificar condutas inadequadas para proporcionar ações direcionadas e efetivas.

Os familiares cuidadores devem estar cientes da responsabilidade conjunta com a equipe de saúde, a fim de possibilitar cuidado efetivo. O aprendizado não deve ficar, apenas, no campo das ideias, é necessário dispor de atitude colaborativa e colocar em prática os conhecimentos adquiridos.

Ao refletir sobre esse fato, percebe-se a necessidade de se discutir e encontrar respostas às seguintes questões norteadoras: qual a importância da família no acompanhamento e nas relações de cuidado à pessoa com transtorno mental? Quais as fragilidades e potencialidades encontradas no caminho do familiar cuidador em saúde mental? Como a Estratégia Saúde da Família (ESF) pode intervir para melhoria do cuidado familiar à pessoa com transtorno mental, em conjunto com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)? Um inquérito para avaliar os conhecimentos, atitudes e

práticas do familiar cuidador em saúde mental será ferramenta de suporte para propor melhor cuidado e amenizar as dificuldades deste familiar no processo do cuidado?

Destaca-se, ainda, a necessidade de mais estudos que discorram sobre a utilização do inquérito CAP direcionado ao cuidado em saúde mental, para possibilitar, posteriormente, melhor capacitação do familiar cuidador da pessoa com transtorno mental, sendo relevante a utilização deste, devido ao fato de facilitar o desenvolvimento de ações interventivas em saúde, que proporcionem a esses cuidadores maior conhecimento e embasamento teórico para melhorar o cuidado e a relação afetiva e de apoio à pessoa com transtorno mental.

É importante que surjam materiais educativos, a partir do conhecimento construído, através de estudos científicos publicados, retratando as conquistas resultantes de ações de intervenção em saúde, utilizando-se o inquérito CAP. Isso ajudará no ensino em saúde para familiares de pessoas com transtorno mental.

2 OBJETIVO

2.1 Geral

Avaliar os conhecimentos, as atitudes e práticas do familiar cuidador frente à pessoa com transtorno mental.

2.2 Específicos

- Conhecer as necessidades de aprendizagem do familiar cuidador de pessoas com transtorno mental;
- Averiguar as habilidades e limitações do familiar cuidador de pessoas com transtorno mental no processo de cuidado domiciliar;
- Descrever os conhecimentos, as atitudes e práticas, conforme os domínios cuidado e autocuidado do familiar cuidador, ambiente e relação terapêutica e condutas diante da pessoa com transtorno mental em crise;
- Verificar a existência de associação entre os conhecimentos, as atitudes e práticas, conforme os domínios cuidado e autocuidado do familiar cuidador, ambiente e relação terapêutica e condutas diante da pessoa com transtorno mental em crise, com as variáveis sociodemográficas.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Reforma psiquiátrica e a Rede de Atenção Psicossocial, no Brasil

A Reforma Psiquiátrica (RP) surgiu, no Brasil, no mesmo cenário da redemocratização e luta contra a ditadura, na busca por direitos humanos para as vítimas de violência, seja a psiquiátrica ou a praticada pelo estado autocrático. Começou a ser trabalhada pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), grupo coletivo que buscava a reformulação da assistência psiquiátrica. O termo RP passou a ser utilizado entre o fim dos anos 1980 e início dos 1990, quando a expressão reforma sanitária foi adotada ao ser pensada nova forma de fazer-se saúde, com justiça e qualidade (AMARANTE, 2017).

A RP buscou mudança, não apenas, nos serviços e nas tecnologias de cuidado, em relação à clínica e terapêutica, como também a construção de dispositivos políticos, sociais e culturais, incluindo-se a família e a pessoa, com transtorno mental como parte do processo. Então, um movimento que era organizado por profissionais de saúde, passou a incluir esses outros atores sociais, formando o Movimento de Luta Antimanicomial (MLA), pelo fim dos manicômios e pela manutenção dos direitos da pessoa com transtorno mental. Os integrantes do MLA são conhecidos como “mentaleiros” (em analogia ao heavy metal), devido ao barulho que fazem nas passeatas e protestos por melhorias das condições de

saúde. O MLA veio para instigar nos governantes o desejo por mudanças no cenário da Saúde Mental, no Brasil. E, por conta do barulho dos “mentaleiros”, foi criado o Dia Nacional de Luta Antimanicomial, comemorado no dia 18 de maio, como espaço para livre manifestação e sensibilização de mudanças de conceitos, no país, para possibilitar o fim da violência institucional da psiquiatria e exclusão de pessoas com transtorno mental (AMARANTE; NUNES, 2018).

Nesse sentido, surgiu a Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtorno mental e redireciona o modelo de assistência em saúde mental, com intuito de extinguir o modelo asilar, baseado nos manicômios e institucionalização do cuidado, e substituí-lo por serviços comunitários, com foco na inclusão social. Como direitos, podem ser citados: acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, conforme necessidades; ser tratada com humanidade e respeito, visando inserção na família, no trabalho e na comunidade; proteção contra abuso e exploração; garantia de sigilo nas informações prestadas; direito à presença médica, em qualquer tempo, ser esclarecida pela equipe médica sobre necessidade ou não de hospitalização involuntária; livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; recebimento do maior número de informações a respeito da doença e tratamento; tratamento em ambiente terapêutico com meios menos invasivos possíveis; e, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001).

Surgiram inúmeras conquistas e mudanças relacionadas aos serviços de saúde mental, a partir da lei supracitada, mas com a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), as equipes passaram a trabalhar com equipamentos padronizados. Essa Rede foi instituída pela Portaria nº 3.088/2011, destinada a pessoas com transtorno mental e necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. A RAPS apresenta as seguintes diretrizes para o funcionamento adequado: respeito aos direitos humanos, ao manter-se a autonomia e a liberdade das pessoas; promoção da equidade; combate a estigmas e preconceitos; oferta de cuidado integral e assistência multiprofissional; atenção humanizada; diversificação das estratégias de cuidado; promoção de autonomia e cidadania; desenvolvimento de estratégias de redução de danos; ênfase em serviços de base territorial e comunitária; organização de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; educação permanente aos profissionais de saúde; e construção do projeto terapêutico singular,

a fim de suprir as necessidades individuais de pessoas com transtornos mentais e/ou necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A rede é composta por: Atenção Básica (AB), formada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Centros de Saúde da Família (CSF), equipes de AB responsáveis pelo acompanhamento de pessoas em situação de rua e dos moradores de unidades de acolhimento (UA) e residências terapêuticas (RT), e pelos centros de convivência; atenção psicossocial especializada, que inclui os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I, II, III, álcool e outras drogas – AD, infantojuvenil); atenção de urgência e emergência, da qual fazem parte o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), sala de estabilização, Unidade de Pronto-Atendimento (UPA); Atenção residencial de caráter transitório (Unidade de Acolhimento – UA, Serviços de Atenção em Regime Residencial); Atenção hospitalar (enfermaria especializada em Hospital Geral, serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com transtorno mental e usuários de crack, álcool e outras drogas); estratégias de desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT, Programa de Volta para Casa – PVC); e reabilitação psicossocial. Os CAPS são um dos dispositivos mais importantes e necessários da RAPS, atendem a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, além de usuários de crack, álcool e outras drogas. Dividem-se em Geral (I, para municípios com população acima de vinte mil habitantes; II, acima de setenta mil; III, acima de duzentos mil e com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana); AD (acima de setenta mil habitantes) e AD III (acima de duzentos mil, com no máximo doze leitos, para observação e monitoramento; funcionamento 24 horas, também, incluindo feriados e finais de semana); e o Infantojuvenil, que atendem a crianças e adolescentes, em municípios acima de duzentos mil habitantes. A implantação da RAPS acontece após a execução de quatro fases: desenho regional da rede; adesão e diagnóstico; contratualização dos pontos de atenção; e qualificação dos componentes. A operacionalização cabe à parceria estabelecida entre União, estados e municípios, atuando na implementação, no financiamento, no monitoramento e na avaliação da rede (BRASIL, 2011a).

A RP propôs o fim progressivo dos manicômios e a internação hospitalar como último recurso, após a falha das demais tentativas de intervenções terapêuticas. A RAPS, neste sentido, foi reduzindo os leitos psiquiátricos, ao longo

dos anos, de maneira considerável. Na década de 1970, eram oitenta mil, chegando aos 25.988, em 2014. Em compensação, os investimentos nos serviços substitutivos, de base comunitária, aumentaram. O número de CAPS chegou a dois mil, em 2014, alcançando cobertura de 0,86 centros por cem mil habitantes. Os repasses que eram de 24,76% passaram 79,39%, em 2013, já os gastos com hospitais caíram de 75,24%, em 2002, para 20,61%, no mesmo período (AMARANTE; NUNES, 2018).

No fim do ano de 2016, as conquistas da RP tiveram um declínio, com os inúmeros desmontes que surgiram, desde então, e que se prolongaram até os dias atuais. As internações psiquiátricas foram, novamente, incentivadas. Em relação às ações direcionadas às pessoas dependentes de álcool e outras drogas, houve um aumento considerável no financiamento das comunidades terapêuticas, instituições comandadas, em sua maioria, por grupos religiosos cristãos. Assim, passou-se a valorizar uma abordagem proibicionista e punitivista no que tange ao uso de álcool e outras drogas, em detrimento da política de redução de danos. Enquanto a abordagem anterior promovia o acolhimento, a recente induzia à exclusão social. A nova Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) foi criticada e questionada por diversas entidades (conselhos profissionais de Psicologia e Enfermagem; Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO e Associação Brasileira de Saúde Mental – ABRASME; pesquisadores em saúde mental; Defensoria Pública da União – DPU, Ministério Público – MP e parlamentares). O desmonte das políticas públicas iniciou-se após a deposição da presidenta Dilma Roussef, em maio de 2016, o que ocasionou uma fragilidade no processo democrático e uma redução drástica dos investimentos no SUS. Essa situação problemática continuou com o governo Bolsonaro, a partir de 2019, que aprofundou o retrocesso (CRUZ, GONÇALVES, DELGADO, 2020).

Assim, são inegáveis as conquistas que a RP trouxe para a vida das pessoas com transtorno mental, no Brasil, mesmo com os inúmeros retrocessos recentes. Essas pessoas passaram a ser vistas como seres humanos e incluídas na sociedade, tratadas como cidadãos, podendo ocupar espaços, antes negados. Mas, a RP deve ser uma luta diária. Os profissionais de saúde, familiares e usuários devem unir esforços para manutenção de uma saúde mental de qualidade e

equânime, que fuja de um modelo asilar e institucionalizado, focando na inserção comunitária.

3.2 Familiar cuidador da pessoa com transtorno mental

A Reforma Psiquiátrica (RP) trouxe mudanças na visão terapêutica do transtorno mental. A família passou a dispor de protagonismo no cuidado, transferindo-se o modelo hospitalocêntrico, asilar e segregador, para o modelo comunitário, com intuito de inserir a pessoa com transtorno mental na sociedade, fortalecendo-se os laços familiares e sociais (ROCHA; PAULA; CASTRO, 2021).

A desinstitucionalização do cuidado em saúde mental, no Brasil, desencadeou mudanças estruturais no sistema. A partir de então, a família tornou-se um elo no tratamento de pessoas com transtornos mentais. Foi reconhecido o valor da mesma no cuidado transtorno mental e esta foi inserida no projeto terapêutico, com intuito de proporcionar melhor qualidade de vida para quem é cuidado e para o cuidador (WAIDMAN; SCARDELLI; PANDINI, 2010).

A família é um termo que sofreu inúmeras mudanças no conceito, com o passar dos anos. Sombrio Cardoso et al (2020) trazem uma descrição histórica das modificações ocorridas no termo, que no início relacionava-se a junção de pessoas com laços consanguíneos, atreladas ao modelo patriarcal (pai, mãe e filhos), família nuclear e extensa (avós, tios, sobrinhos, primos). Depois, surgiram outros conceitos e divisões (união de pessoas do mesmo sexo, de casais, monogâmica, relacionamento aberto, união de pessoas com filhos de outros casamentos, pai ou mãe sozinhos com filhos, avós com netos e, até mesmo, união de amigos).

Silva (2019) relata que família pode ser considerada como uma instituição que se pode contar, confiar; e que não existe, apenas, para satisfazer funções sociais; remete à ideia de um grupo de parentes, doméstico, com laços de consanguinidade ou de adoção; nasce para continuar e dar estabilidade às relações de parentesco, para fomentar vínculos de cuidado, apesar de cultivar a autonomia de cada um dos membros. No contexto da saúde, a família é reconhecida como lugar de atenção e cuidado, que deve ser parceira da equipe de saúde. A autora traz o significado de família pelo dicionário Aurélio, que é dividida em nuclear e extensa

(pai, mãe, irmãos, tios, sobrinhos, avós e primos). O pesquisador baseou-se nos achados de Silva (2019) para desenvolvimento do estudo em questão.

O papel da família no cuidado em saúde mental passou a ser fundamental, após a reformulação da assistência psiquiátrica, para ressocialização das pessoas com transtorno mental e eficácia da abordagem terapêutica. Deve ser considerado, também, o fato de a família ser um grupo social com responsabilidade sobre a constituição de pessoas. Por isso, é importante compreender a forma que afeta e/ou influencia a pessoa com transtorno mental e como é influenciada e afetada por esta.

Durante anos, a família encarou o transtorno mental com receio, tabu, angústia, insegurança e repleto de limitações, reproduzindo comportamentos preconceituosos e segregantes. Ao não saber lidar com as crises em saúde mental (sintomas agudizados), preferiu delegar o cuidado à equipe de saúde, que para a família é vista como sábia e única detentora de conhecimentos e habilidades. Era mais cômodo internar, institucionalizar, trancafiar em asilos o familiar com transtorno mental, do que cuidar, conviver, expor para sociedade.

Para Soares (2020), a sociedade, no contexto geral, é a responsável pela forma de agir da família, no cuidado à pessoa com transtorno mental, pois descreve essas pessoas como instáveis e perigosas, ao apresentar comportamentos auto e heteroagressivos, de maneira constante e imprevisível. Além da violência, a sociedade envolve a religião como responsável por esses comportamentos, pois acreditam que essa condição de saúde é castigo de Deus pelos pecados cometidos, fazendo com que o corpo da pessoa com transtorno mental seja habitado por demônios. Essa crença termina por afastar a família da equipe de saúde, por entender que o exorcismo e a manutenção da fé são mais eficazes do que o tratamento medicamentoso. Neste sentido, os mitos e tabus relacionados ao transtorno mental influenciam, de maneira negativa, na convivência familiar.

O isolamento da pessoa com transtorno mental era visto pela família, conforme Gomes, Silva e Batista (2018), como forma de protegê-la da loucura, das influências negativas das pessoas com transtorno mental, como a indisciplina e a desordem moral, e, assim, evitar a contaminação dos outros familiares, principalmente os mais vulneráveis, como as crianças, os adolescentes e as mulheres jovens.

Sobre a citação acima, Guerra et al. (2017) relatam que a inexistência de manejo no cuidado domiciliar, devido à pouca informação a respeito do problema de saúde, do tratamento utilizado e das estratégias mais adequadas para lidar com os comportamentos problemáticos dos usuários e os momentos de crise, pode provocar consequências negativas no contexto familiar, social e de trabalho.

A partir do momento que a família passou a se responsabilizar por esse cuidado, surgiram muitas inquietações, inseguranças, preocupações e angústias, o que motivou o aparecimento de sobrecarga, que se traduz como impacto, envolvendo aspectos econômicos, práticos e emocionais. Essa sobrecarga é dividida em subjetiva ou objetiva, dependendo do aspecto descrito, e aparece devido à necessidade de a família suprir algumas carências existentes no cotidiano da pessoa com transtorno mental, como alimentação, vestimentas e medicações, e pela imprevisibilidade dos comportamentos e das reações (ELOIA et al., 2018).

A sobrecarga é subjetiva quando envolve perdas emocionais; a objetiva, perdas financeiras. A primeira refere-se às preocupações, aos sentimentos negativos e aos incômodos gerados pelo cuidado ao transtorno mental. A segunda, às consequências observáveis, como alterações na rotina, diminuição da vida social e profissional, realização de tarefas e outros (GOMES; SILVA; BATISTA, 2018).

A sobrecarga familiar pode ser medida por escala, traduzida e adaptada por Bandeira, Calzavara e Varella (2005), conhecida como Escala de Avaliação da Sobrecarga dos Familiares, ou *Family Burden Interview Scale for Relatives of Psychiatric Patients* (FBIS-BR), a qual avalia a sobrecarga global, subjetiva e objetiva, por meio de escores independentes. O grau é avaliado em cinco dimensões da vida dos familiares: assistência na vida cotidiana da pessoa com transtorno mental; supervisão aos comportamentos problemáticos da pessoa cuidada; ônus financeiro do familiar; impacto nas rotinas diárias da família; e preocupações do familiar, com as responsabilidades existentes durante o cuidado (ELOIA et al., 2018).

Guerra et al. (2017) relatam experiências boas e ruins, relacionadas ao cuidar em saúde: amor e raiva, paciência e intolerância, carinho, tristeza, desânimo, insegurança, solidão, culpa, medo de adoecer, de o paciente estar sofrendo e morrer. Gomes, Silva e Batista (2018) afirmam que cuidar da pessoa

com transtorno mental representa para a família um desafio, uma busca constante de aprendizado, a fim de lidar melhor com sentimentos intrínsecos à vivência de um acontecimento imprevisto e aos próprios preconceitos em relação ao transtorno.

A equipe de saúde deve ajudar o cuidador da pessoa com transtorno mental, promovendo apoio, conforto, escuta qualificada e o despertar para o empoderamento. Alves, Oliveira e Vasconcelos (2013) descrevem o empoderamento como um meio de adquirir maior controle sobre as decisões que afetam suas vidas; aumentar o poder pessoal e coletivo nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos às relações de opressão e dominação social, além de ser fator importante na criação da autonomia, que é a capacidade de se buscar orientação às ações por si mesmo, e com independência.

A equipe de saúde deve fortalecer as ações interventivas em saúde mental, orientando sobre as melhores condutas para promoção da saúde e manejo da crise. Algumas estratégias de manejo podem ser citadas: acolhimento, observação continuada e contínua, visitas domiciliares, cuidado na administração medicamentosa; além da oferta de carinho e compreensão ao familiar com transtorno mental.

No entanto, para o manejo supracitado acontecer, é necessária investigação prévia do profissional de saúde sobre as necessidades de aprendizagem do familiar cuidador, a fim de que possam ser planejadas e executadas ações que atinjam os objetivos estabelecidos. O inquérito sobre os conhecimentos, as atitudes e práticas surge como aliado nesse quesito, ao proporcionar recurso de avaliação das fragilidades e potencialidades do familiar cuidador, para propor mudanças, baseadas nas necessidades de cada um.

Assim, é imprescindível a união da família e da equipe de saúde no cuidado em saúde mental, a fim de que possam ser mantidas as conquistas da RP e que a pessoa com transtorno mental possa ser melhor acompanhada e mantida em contato com a sociedade, sendo vista como cidadã, com direitos e deveres.

4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

O avanço tecnológico possibilitou o surgimento de novas ferramentas de educação e ensino, fundamentais para qualificação dos saberes. As práticas em saúde podem contar com inúmeros instrumentos para facilitar as intervenções em saúde. Ao pensar nessas possibilidades, foi desenvolvido um inquérito para avaliar

os conhecimentos, as atitudes e práticas em saúde, a fim de criar espaço para ações de intervenção, o inquérito CAP (OLIVEIRA et al., 2020).

A população dispõe de entendimento heterogêneo, quando se trata de problemas relacionados à saúde, e que o mesmo é influenciado por aspectos culturais, socioeconômicos e demográficos. Devido a esses fatores, o inquérito CAP surge como recurso avaliativo para promover mudanças permanentes e eficazes nas práticas de saúde (OLIVEIRA; LIMONGI, 2020).

O inquérito CAP constitui ferramenta técnica que atua em um processo sequencial: primeiro o conhecimento é adquirido, pela exposição a conceitos diversos, fundamentados na literatura vigente, depois uma atitude é moldada e colocada de maneira favorável, e, por fim, adota-se prática de saúde esperada e adequada para se atingir a determinado objetivo (OLIVEIRA et al., 2020).

O inquérito supracitado é uma metodologia que permite diagnosticar uma população a partir dos comportamentos, ao mostrar o que as pessoas sabem, sentem e como agem a respeito de determinado tema. No entanto, ainda não há consenso quanto à definição destes termos e análise, apesar de existir número expressivo de estudos que a utiliza (KALIYAPERUMAL, 2004).

Existem alguns conceitos estabelecidos sobre a metodologia supracitada, partir de estudos similares (MARINHO et al., 2003; KALIYAPERUMAL, 2004):

- Conhecimento – Significa recordar fatos específicos (dentro do sistema educacional do qual o indivíduo faz parte) ou a habilidade para aplicar fatos específicos para resolução de problemas ou, ainda, emitir conceitos com a compreensão adquirida sobre determinado evento.
- Atitude – É, essencialmente, dispor de opiniões, sentimentos, predisposições e crenças, relativamente constantes, dirigidos a um objetivo, pessoa ou situação, bem como preconceitos que podem permear o tema.
- Prática – É a tomada de decisão para executar a ação. Relaciona-se aos domínios: psicomotor, afetivo e cognitivo – dimensão social.

O inquérito CAP permite levantamento de dados que proporcionam a identificação dos melhores caminhos para formulação de futuras estratégias intervencionistas a serem aplicadas no grupo estudado. É empregado em estudos com as mais diversas populações, visando medir o que elas sabem, de que forma pensam e como agem frente a um determinado problema (PORTUGAL, 2002).

A pesquisa nacional intitulada Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na população brasileira, realizada em 2008, com uma amostra de oito mil pessoas entre 15 a 64 anos, trata-se um exemplo de utilização da metodologia supracitada para nortear estratégias intervencionistas, sendo de grande relevância para o monitoramento da epidemia e para o controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, Vírus da Imunodeficiência Adquirida IST/AIDS/HIV, visto que subsidiou as principais campanhas de grande mídia e ações de prevenção nos últimos anos no país. Possibilitou, da mesma forma, o cálculo de estimativas confiáveis quanto ao tamanho de algumas populações que correm maior risco de contrair o HIV, fundamentais para o adequado monitoramento da epidemia de Aids, no Brasil, como homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas injetáveis e mulheres profissionais do sexo (BRASIL, 2011b).

O inquérito CAP também pode ser utilizado, além da pesquisa citada por Brasil (2011b), para o diagnóstico da comunidade após ações educativas, verificando-se as mudanças incorporadas nos níveis de conhecimento, atitude e prática, a fim de levar a um processo mais eficiente de conscientização do tema abordado, uma vez que irá permitir um programa de vigilância melhor adaptado às necessidades de obtenção de saberes da comunidade (SANTOS; CABRAL; AUGUSTO, 2011).

É necessário compreender os níveis de conhecimento, atitude e prática de determinada população, pois facilita no processo de tomada de consciência crítica e na autonomia durante o controle do processo de saúde-doença, visto que permite o reconhecimento das reais necessidades ou problemas da população, possibilitando adaptação às intervenções, direcionando-as para a problemática em questão.

As pesquisas que utilizam o inquérito CAP podem propiciar a identificação de lacunas do conhecimento, das crenças culturais ou padrões de comportamento, que podem facilitar ou dificultar a compreensão e a ação, bem como causar problemas ou criar barreiras para os esforços de controle de um determinado problema de saúde. Permitem identificar informações e atitudes errôneas, fatores que influenciam o comportamento, razões para suas atitudes e como e por que as pessoas agem de determinadas formas. Além disso, podem ser utilizadas para identificar as necessidades, problemas e barreiras na execução de

programas ou intervenções, assim como direcionar possíveis soluções para melhorar a qualidade e acessibilidade dos serviços (WHO, 2008).

Moreira (2015) descreve o referido inquérito como parte da categoria dos estudos avaliativos, relacionados à avaliação formativa, pois, além de funcionarem como meios para identificação de dados de uma parcela populacional específica, identificam prováveis percursos necessários a uma intervenção efetiva e eficaz.

Oliveira e Limongi (2020) citam a importância da execução do inquérito CAP, a partir de diagnóstico situacional, para o desenvolvimento de materiais educativos e instrucionais direcionados a grupos específicos, a fim de promover saúde e mudança de pensamentos e condutas. Os autores também reforçam a necessidade do uso de linguagem acessível e apropriada, ao público a quem se destina, para se atingir o êxito desse recurso educacional.

Os princípios estabelecidos no inquérito CAP podem ser encontrados nas teorias de natureza psicossocial. A teoria Enfoque de Consistência Cognitiva (TECC) ressalta, por exemplo, determinadas atitudes do ser humano podem induzir um padrão comportamental, com aspectos positivos ou negativos. Esse padrão pode se manter permanente, mesmo sem apoio estrutural, ou ser alterado, a partir de pressões momentâneas, de setores locais. Por isso, faz-se necessário investigar como esse padrão afeta a vida das pessoas, a fim de propor mudanças nesses aspectos, para gerar comportamentos saudáveis (GOULART FILHO, 2016).

A metodologia supracitada funciona para fins de diagnóstico situacional e planejamento e avaliação de ações interventivas em saúde. Utilizada em estudos de corte transversal e quantitativos, com frequência, apresentando os seguintes conceitos: conhecimento (capacidade de adquirir e absorver informações, experiências e habilidades e aplicá-los na resolução de problemas); atitude (reação a determinados eventos, ou seja, saber como agir a partir de interpretações baseadas em um discernimento comum e coerente); e prática, que significa aplicar o que aprendeu, com base nas informações aprendidas; adotar regras para tomar decisões e executar ações de maneira ética e plausível (OLIVEIRA et al., 2020).

O inquérito CAP pode ser observado como ferramenta de apoio a pesquisas de problemas diversos, relacionados à saúde ou ao comportamento, englobando necessidades biopsicossocioculturais. É utilizado em produções de determinadas áreas do conhecimento. Profissionais de enfermagem, fisioterapia, nutrição, odontologia, medicina, assim como agricultores e professores, por

exemplo, utilizam o inquérito para investigar situações ou fenômenos que estejam interferindo, de maneira não construtiva, no desenvolvimento dos processos de trabalho, a fim de possibilitar mudanças nas ações, previamente, estabelecidas.

É possível identificar, após busca pela literatura científica, a inserção do inquérito CAP para investigar temáticas diversas, como métodos contraceptivos, aleitamento materno, uso de chupeta, vacinação infantil, higiene oral e prevenção de cáries, queda em idosos, doação sanguínea e de órgãos e tecidos para transplantes, arboviroses (dengue, Zika), cânceres (pele, próstata), e outros. Oliveira et al. (2020) descrevem o uso do inquérito para investigar as necessidades de aprendizagem de determinados grupos de participantes sobre: gripe suína; epilepsia; fatores de risco comportamentais, entre prostitutas, associados ao câncer de colo uterino; disponibilização e recomendação do preservativo feminino, como alternativa nas relações sexuais; prevenção ao suicídio; e manejo clínico da diarreia infantil.

No tocante aos cuidados em saúde mental, o referido instrumento pode contribuir com os profissionais de saúde e cuidadores, identificando comportamentos, atitudes e práticas problemáticos e que necessitam de intervenções, a fim de promover mudanças significativas no manejo desses cuidados.

Brasil (2003) reforça a importância de o profissional conhecer as fragilidades e potencialidades apresentadas pelo cuidador em saúde mental. Este deve indagar se o cuidador sabe qual o tipo de transtorno mental da pessoa cuidada; quais os sinais e sintomas apresentados; os horários e a forma correta de administração dos medicamentos; o que fazer e como não agir diante de uma crise (estado de exacerbação dos sinais e sintomas do transtorno, que podem ocasionar consequências no campo familiar, profissional e social).

Nesse sentido, evidencia-se a necessidade de utilização do inquérito CAP no cuidado em saúde mental, por ser ferramenta de identificação das fragilidades e potencialidades do familiar cuidador da pessoa com transtorno mental, a fim de induzir o planejamento e a execução de ações interventivas para melhora desse cuidado, de modo a fortalecer e qualificar as ações de educação em saúde, contribuindo para ampliar saberes e favorecer o empoderamento do responsável pelo cuidado.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de Estudo

Trata-se de estudo avaliativo, do tipo Conhecimento, Atitude e Prática (CAP), de corte transversal e abordagem quantitativa. Os delineamentos transversais descrevem a situação, o fenômeno ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo no tempo. No estudo quantitativo, o pesquisador parte do ponto inicial de um estudo para o ponto final, em uma sequência lógica de passos, e analisa os dados obtidos por meio de números (POLIT; BECK, 2011).

A escolha pela metodologia CAP ocorreu pela possibilidade de medir o conhecimento, a atitude e a prática de uma população, permitindo diagnóstico destes indivíduos, mostrando o que as pessoas sabem, sentem e como se comportam a respeito de um tema predefinido (KALIYAPERUMAL, 2004).

Este estudo intentou avaliar os conhecimentos, as atitudes e práticas do familiar cuidador no processo de cuidar da pessoa com transtorno mental.

As pesquisas transversais são caracterizadas como observacionais e descritivas; propõem-se a obter dados fidedignos que permitam elaborar conclusões confiáveis, robustas, difíceis de serem questionadas, além de gerar outros questionamentos que poderão ser investigados com novas pesquisas (ZANGIROLAMI-RAIMUNDO; ECHEIMBERG; LEONE, 2018).

A abordagem quantitativa trabalha com dados representativos e objetivos; tendências presentes na realidade. O interesse é baseado no coletivo, naquilo que pode ser predominante como característica do grupo (MUSSI et al., 2019).

5.2 Local e período do estudo

A pesquisa foi realizada no município de Sobral, localizado a 235 km de Fortaleza, capital do estado do Ceará (CE), Brasil; especificamente, na Atenção Primária, em alguns Centros de Saúde da Família, e na Atenção Secundária, nos Centros de Atenção Psicossocial. Sobral conta com população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2020, de 210.711 habitantes. Caracteriza-se por ser referencial de crescimento e desenvolvimento

econômico do interior do estado, com ampla e moderna estrutura nos setores da saúde, educação, comércio, indústria, serviços, lazer, cultura e arte (SOBRAL, 2021a).

Sobral dispõe de serviços de saúde básicos e especializados, Atenção Primária (AP), Secundária (AS), Terciária (AT), que podem ser citados: Saúde da Família, Saúde Mental, do Trabalhador, Assistência Social, Urgência e Emergência, Vigilância Sanitária (VS), Epidemiológica (VE), outros (SOBRAL, 2021b).

São 52 Centros de Saúde da Família (CSF), no município de Sobral, divididos entre sede e distritos, cada um com sua especificidade: Alto da Brasília, Alto do Cristo, Aprazível, Aracatiaçu, Baracho, Bilheira, Bonfim, Caic, Caiçara, Caioca, Campo dos Velhos, Caracará, Centro, Coelce, Cohab II, Cohab III, Dom Expedito, Santo Antônio, Estação, Expectativa, Jaibaras, Jordão, Junco, Padre Palhano, Patos, Patriarca, Pedrinhas, Rafael Arruda, Sinhá Saboia, Sumaré, Tamarindo, Taperuaba, Terrenos Novos, Torto, Vila Recanto II, Vila União (SOBRAL, 2021b).

Sobral dispõe de uma Rede de Atenção Integral à Saúde Mental (RAISM), que atende pessoa com diversos tipos de transtorno mental, formada por: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) Damião Ximenes Lopes, CAPS Álcool e outras drogas Francisco Hélio Soares, CAPS infanto-juvenil, Unidade de Internação Psiquiátrica Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade, no hospital geral Dr. Estevam Ponte, um Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e um ambulatório de psiquiatria para cobertura regional, localizado no Centro de Especialidades Médicas – CEM (SOBRAL, 2020).

A coleta de dados aconteceu entre os meses de agosto e novembro de 2022. Foi um período extenso e cansativo, porém, necessário, pois ocorreram inúmeras idas e vindas aos locais de estudo, até o fechamento da amostra.

5.3 População e amostra

A população do estudo foi constituída por 1.354 familiares de pessoas com transtorno mental, acompanhados por 25 Centros de Saúde da Família (CSF) do município de Sobral, incluindo sede e distritos (Alto da Brasília, Alto do Cristo, Aracatiaçu, Bonfim, Campo dos Velhos, Centro, Coelce, Cohab II, Cohab III, Dom Expedito, Estação, Expectativa, Jaibaras, Jordão, Junco, Nova Caiçara, Padre

Palhano, Pedrinhas, Sinhá Saboia, Sumaré, Taperuaba, Terrenos Novos I, Vila Recanto II, Vila União), pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) Damião Ximenes Lopes e CAPS Álcool e outras drogas Francisco Hélio Soares.

A amostra foi de 196 familiares, escolhidos pela disponibilidade e acessibilidade, por estarem aptos e aceitarem participar do estudo, como voluntários, ou seja, foi realizada uma amostragem por conveniência. Esse tipo de ferramenta é utilizado para representar boa imagem do objeto estudado; é simples, econômica e, relativamente, rápida. Independente da região onde os participantes residem, não afetará os resultados do estudo (OCHOA, 2015).

Quadro 1 – Demonstrativo da população e amostra final de pessoas com transtorno mental grave nos Centros de Saúde da Família. Sobral, Ceará, 2023.

Centro de Saúde da Família	População	Amostra
SEDE	**1092**	**167**
ALTO DA BRASÍLIA	64	30
ALTO DO CRISTO	14	11
CAMPO DOS VELHOS	36	2
CENTRO	100	7
COELCE	187	4
COHAB 2	61	9
COHAB 3	29	2
DOM EXPEDITO	52	2
ESTAÇÃO	42	12
EXPECTATIVA	51	14
JUNCO	44	13
NOVA CAIÇARA	23	2
VILA RECANTO II	24	10
PADRE PALHANO	41	6
PEDRINHAS	23	2
SINHÁ SABOIA	120	13
SUMARÉ	100	1
TERRENOS NOVOS 1	61	19
VILA UNIÃO	20	8
DISTRITOS	**262**	**29**
ARACATIAÇU	18	3
BONFIM	43	4
JAIBARAS	81	9
JORDÃO	31	9

PATRIARCA	45	1
TAPERUABA	44	3
TOTAL	**1354**	**196**

Fonte: elaborado pelo autor, 2023.

Incluíram-se familiares de pessoas registradas e em acompanhamento regular pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II) Damião Ximenes Lopes, CAPS Álcool e outras drogas Francisco Hélio Soares e CAPS infantojuvenil; familiares que convivem, são cuidadores de uma pessoa com transtorno mental grave e que prestem este cuidado a partir de um ano; que tenham idade acima de dezoito anos e que estejam dispostos a participar do estudo. Excluíram-se os cuidadores de pessoas com transtorno mental que não pertençam à família; que cuidam de pessoas, acompanhadas pelos CAPS, mas que apresentem transtornos neurológicos ou genéticos; que apresentam algum déficit cognitivo, impossibilitando a realização de perguntas e coleta de respostas; ou que desistam de participar durante o processo de desenvolvimento do estudo.

5.4 Métodos e procedimentos para coleta de dados

Utilizou-se de um questionário, para descrição do perfil dos participantes, além dos conhecimentos, das atitudes e práticas (familiares cuidadores de pessoas com transtorno mental), adaptado de Moreira (2015), conforme Apêndice C.

O pesquisador entrou em contato com os coordenadores dos três Centros de Atenção Psicossocial de Sobral (CAPS II, álcool e outras drogas, infantojuvenil) e solicitou a colaboração deles, durante o processo. O público-alvo foi contactado pelo pesquisador e bolsistas de iniciação científica, coordenados pela orientadora do estudo, durante a espera por atendimento psicossocial; e convidado a responder ao questionário. Os bolsistas fazem parte do Grupo de Estudo e Pesquisa Saúde Mental e Cuidado (GESAM), que desenvolve ações educativas em vários campos de saúde mental. Durante o convite (Apêndice A), expuseram-se o título e os objetivos do estudo, destacando a importância da contribuição dos convidados, o respeito aos princípios éticos e legais e a autonomia do participante.

5.5 Processo de construção do inquérito sobre os conhecimentos, as atitudes e práticas do familiar cuidador da pessoa com transtorno mental

A escolha pelo inquérito CAP ocorreu devido à possibilidade de medir o conhecimento, a atitude e a prática de uma população. Foi construído com rigor metodológico, adaptado do estudo de Moreira (2015), a fim de ser de fácil leitura e atingir vários públicos, com níveis intelectuais diferentes; e deverá servir como base para posterior planejamento e elaboração de ações de capacitação educativa para melhora do cuidado em saúde mental.

Para construção, primeiro, realizou-se leitura extensa e detalhada da literatura sobre as temáticas escolhidas: transtorno mental, famílias, cuidados em saúde. Segundo, ocorreu a elaboração do instrumento que foi dividido em domínios, para melhor separação e disposição dos conteúdos.

No domínio I, avaliaram-se o cuidado e autocuidado da pessoa com transtorno mental. No domínio II, o ambiente e a relação terapêutica. No domínio III, as condutas diante de uma pessoa com transtorno mental em crise. Em cada domínio, foram avaliados, a partir das respostas, os conhecimentos, as atitudes e práticas do familiar cuidador da pessoa com transtorno mental.

Os itens disponíveis no inquérito (conteúdo técnico-científico), divididos entre os domínios supracitados, foram construídos e fundamentados nas orientações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde (MS). A avaliação dos conhecimentos, das atitudes e práticas do familiar cuidador ocorreu, seguindo as orientações de Brasil (2003). Adotou-se a classificação adequado e inadequado, conforme determinados critérios, descritos e detalhados, posteriormente.

5.5.1 Domínio I – Cuidado e autocuidado da pessoa com transtorno mental

- Conhecimento: adequado (quando quem cuida conhece o transtorno mental da pessoa afetada; sabe como ajudar na alimentação, banho, vestimenta e administração de medicamentos; conhece os medicamentos utilizados e a forma e o horário de administrá-los); inadequado (quando desconhece o transtorno mental da pessoa afetada e não procura informações sobre; não consegue ajudar nas atividades de vida diária, e apresenta dificuldades no manuseio dos medicamentos);

- Atitude: adequada (quando quem cuida sabe que deve responsabilizar-se pelo bem-estar da pessoa com transtorno mental; conhece a necessidade de ajudar a pessoa cuidada a adaptar-se a novas situações e adotar comportamentos para melhora do bem-estar, e, também, a importância de dar oportunidade de a mesma fazer suas próprias escolhas); inadequada (quando desconhece a necessidade de responsabilização pelo bem-estar da pessoa afetada; de ajudar a pessoa cuidada a ser mais independente, e de procurar adotar comportamentos que melhorem o seu bem-estar, nem a importância de dar oportunidade de a mesma fazer suas próprias escolhas);
- Prática: adequada (quando quem cuida planeja, com a pessoa afetada pelo transtorno mental, as atividades de cuidado, e estimula um comportamento de autocuidado); inadequada (quando planeja e decide sozinho as atividades de cuidado e não estimula o autocuidado nas atividades de vida diárias).

5.5.2 Domínio II – Ambiente e relação terapêutica

- Conhecimento: adequado (quando quem cuida recebeu orientações sobre a importância do ambiente e relação terapêutica no cuidado às pessoas com transtorno mental; sabe o que deve ser observado para manutenção de um ambiente e relação terapêutica saudável, e as consequências de um ambiente e relação terapêutica ruins); inadequado (quando desconhece a importância do ambiente e relação terapêutica no cuidado em saúde mental; o que deve ser observado para manutenção de um ambiente e relação terapêutica saudável, e as consequências de um ambiente e relação terapêutica ruins);
- Atitude: adequada (quando quem cuida conhece a necessidade de manter o ambiente amplo e bem iluminado, higienizado, organizado e calmo, com músicas que agradem à pessoa cuidada; sabe que uma escuta qualificada, receptiva, ajuda a pessoa com transtorno mental a tomar consciência do conteúdo que fala; sabe que manter o silêncio durante a conversa permite reflexões sobre o assunto abordado; e conhece a importância de liberar a pessoa cuidada a conduzir e escolher o assunto); inadequada (quando desconhece a importância em se manter o ambiente amplo e bem iluminado, higienizado, organizado e calmo, com músicas que agradem à pessoa

cuidada; não sabe ofertar uma escuta qualificada e receptiva, atrapalhando a tomada consciência do conteúdo falado; e desconhece a importância de se permitir, à pessoa cuidada, reflexões e a condução do assunto abordado);

- Prática: adequada (quando quem cuida busca deixar o ambiente arejado, bem iluminado e aconchegante; permite que a pessoa cuidada coloque sons e músicas, de sua escolha, para tocar; promove escuta qualificada; ajuda a pessoa com transtorno mental a tomar consciência do que falou; e permite que a mesma escolha os assuntos, durante uma conversa, numa postura de acolhimento e conforto); inadequada (quando não importa-se em deixar o ambiente arejado, iluminado e aconchegante; não permite que a pessoa cuidada coloque sons e músicas, de sua escolha, para tocar; não oferta escuta qualificada nem ajuda a pessoa com transtorno mental a tomar consciência do que falou; não deixa a mesma à vontade para escolher os assuntos abordados, durante uma conversa).

5.5.3 Domínio III – Condutas diante da pessoa com transtorno mental em crise

- Conhecimento: adequado (quando quem cuida conhece, sabe identificar, os sinais e sintomas de uma pessoa com transtorno mental em crise; recebeu orientações sobre como lidar com uma pessoa com transtorno mental no momento da crise; e quando a mesma é internada, conhece o tratamento recebido); inadequado (quando desconhece os sinais e sintomas de uma pessoa com transtorno mental em crise; não recebeu orientações sobre como lidar com uma pessoa com transtorno mental no momento da crise; e quando a mesma é internada, não conhece o tratamento recebido, evidenciando falha na comunicação terapêutica entre o familiar e a equipe de saúde);
- Atitude: adequada (quando quem cuida conhece as condutas diante de pessoas com transtorno mental em crise); inadequada (quando desconhecem e não buscam saber as condutas diante de pessoas com transtorno mental em crise, pois preferem delegar os cuidados à equipe de saúde);
- Prática: adequada (quando quem cuida observa o nível de consciência e orientação no tempo e espaço da pessoa com transtorno mental; observa, também, alimentação, higiene, sono, repouso e eliminações (urinárias e intestinais); além de tentar conversar, entender os motivos que a levaram a

desenvolver uma crise; realizar contenção verbal, antes de procurar o serviço de saúde); inadequada (quando não se observa o nível de consciência e orientação no tempo e espaço da pessoa com transtorno mental; não procura observar a alimentação, higiene, sono, repouso e eliminações (urinárias e intestinais); além de não tentar conversar, nem entender os motivos que a levaram a pessoa com transtorno mental a desenvolver uma crise, não realizar contenção verbal, antes de procurar o serviço de saúde, por medo ou impotência diante da situação estabelecida, ou seja, ser incapaz de oferecer o cuidado necessário à pessoa com transtorno mental).

5.6 Análise dos dados

Os dados serão organizados em tabelas, quando serão apresentadas as frequências simples. A análise das associações do inquérito CAP, conforme os dados sociodemográficos dos familiares e cada domínio “Cuidado e autocuidado, Ambiente e relação terapêutica e Condutas adotadas”. Os dados foram processados no software científico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 20.0, licença número 10101131007. O referido software foi escolhido por ser ferramenta de fácil manuseio e muito abrangente, que permite realizar análises estatísticas e gráficas com amplitude de dados; criar, definir e alterar variáveis; calcular medidas simples e múltiplas; e executar diversas análises de variância (SANTOS, 2018).

5.7 Aspectos éticos e legais

O projeto de pesquisa foi enviado para a Comissão Científica da Escola de Formação em Saúde Pública Visconde de Saboia, órgão responsável por avaliar e liberar pesquisas dentro do Sistema Saúde de Sobral. Após liberação, encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), para aprovação e posterior início da pesquisa. Aprovado, após análise criteriosa, com parecer consubstanciado nº 5.536.619 e CAAE: 58570622.5.0000.5053.

O estudo obedeceu à Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sobre pesquisas que envolvem seres humanos. Respeitaram-se os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (BRASIL, 2012b). O primeiro

refere-se à capacidade para se determinar o próprio destino, sem pressões ou influência de terceiros; o segundo significa proteger o outro, promovendo o bem; o terceiro ressalta a necessidade de não infligir danos de maneira intencional; o quarto segue os alguns princípios, como mérito pessoal, valor social, respeito da escolha livre, igualdade de tratamento, prioridade aos mais desfavorecidos (MAIA, 2017).

A autonomia foi preservada, pois os participantes foram informados sobre os passos do estudo e não obrigados a participar. A beneficência ocorreu, devido à possibilidade de mostrar aos participantes as fragilidades e as potencialidades do processo de cuidar, que auxiliarão no cuidado ao transtorno mental, proporcionando a aquisição de conhecimentos e mudando rotinas e condutas. A não maleficência esteve presente no estudo, já que as ações foram cautelosas, minimizando possíveis riscos e prejuízos aos participantes. A justiça foi o princípio de maior importância, pois o estudo foi adequado ao público variado, respeitando-se as diferenças de cada participante e utilizando linguagem acessível e direcionada a cada caso.

Alguns riscos poderiam acontecer durante a pesquisa, como a quebra de sigilo e divulgação de informações pessoais, o que pode ocasionar estigmatização dos participantes, por lidarem com pessoas com transtorno mental. Por isso, o pesquisador reitera que dispôs de maior atenção e cuidado no manejo dessas informações. Benefícios também surgiram, como a possibilidade de mudança de condutas no cuidado, a partir de ações educativas direcionadas às necessidades de aprendizagem do familiar cuidador em saúde mental.

Os participantes poderiam sentir-se fragilizados com as perguntas feitas, o que exigiu do pesquisador postura de acolhimento e escuta qualificada. Caso necessário, a partir dos sentimentos e das emoções geradas, considerou-se a possibilidade do encaminhamento para os serviços de saúde da família e/ou mental.

Ao ponderar o contexto epidemiológico do coronavírus SARS-CoV-2 (COVID-19), adotaram-se algumas medidas de biossegurança: distanciamento social entre pesquisador e participante, o não aperto de mãos, uso de máscara e álcool em gel, para higienização das mãos. O pesquisador mostrou aos participantes o comprovante de vacinação contra a COVID-19, com as doses e os reforços recomendados pelo Ministério da Saúde.

Os participantes receberam informações acerca do estudo, entregou-lhes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B), os quais

assinaram-no, a fim de respaldar o estudo, sendo uma cópia disponibilizada a esse público, de modo livre e espontâneo (BRASIL, 2012b).

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O estudo revelou a importância de se trabalhar com familiares cuidadores de pessoas com transtorno mental, buscando identificar as necessidades de aprendizagem e a disponibilidade desses cuidadores para colocar em prática os saberes aprendidos. O inquérito sobre Conhecimentos, Atitudes e Práticas (CAP) foi escolhido para fundamentação do estudo. Dividiu-se, o mesmo, em três domínios: I – cuidado e autocuidado da pessoa com transtorno mental; II – ambiente e a relação terapêutica; III – condutas diante de uma pessoa com transtorno mental em crise. Em cada domínio, avaliaram-se, a partir das respostas, os conhecimentos, atitudes e as práticas do familiar cuidador da pessoa com transtorno mental.

O domínio I foi criado para identificação do que o familiar conhece sobre o transtorno mental da pessoa que cuida, o tratamento utilizado; se apresenta alguma dificuldade no manejo do cuidado, classificando o grau e descrevendo quais seriam essas dificuldades; se o familiar cuidador auxilia a pessoa com transtorno mental na realização das atividades de vida diária higienização, vestimenta, alimentação, gestão das contas e acompanhamento nas consultas); se o mesmo sabe como agir e se realiza, de fato, bom manejo do cuidado prestado.

O domínio II referiu-se à identificação do que o familiar entende sobre a relevância do ambiente e da relação interpessoal saudável para eficácia do tratamento da pessoa com transtorno mental; quais os elementos devem estar presentes no ambiente e nas relações, para que os dois sejam terapêuticos; se o familiar consegue perceber as consequências de um ambiente e relação terapêutica ruins; e se o mesmo realiza ações para manutenção equilibrada desses elementos.

O domínio III buscou compreender o que o familiar cuidador conhece sobre os sinais e sintomas de uma pessoa com transtorno mental em crise; quais as

condutas e a melhor forma de intervenção diante desse quadro; se o familiar observa o comportamento e as ações da pessoa cuidada; se tenta entender os motivos que ocasionaram a crise; e se o mesmo se sente incapaz de ofertar o melhor cuidado.

Os resultados foram analisados e discutidos, utilizando-se apresentação e descrição dos conhecimentos, atitudes e práticas, conforme os domínios cuidado e autocuidado do familiar cuidador, ambiente e relação terapêutica e condutas diante da pessoa com transtorno mental em crise. Após isso, foram descritas as habilidades e limitações do familiar cuidador de pessoas com transtorno mental no processo de cuidado domiciliar; contribuições da equipe de saúde para o processo de cuidado na Atenção Primária, para a pessoa com transtorno mental e o familiar cuidador. Elaboraram-se tabelas para facilitar a compreensão. Utilizou-se da literatura científica vigente (artigos, dissertações e outros), para embasamento do conteúdo.

Ao debruçar-se sobre a literatura científica vigente, constatou-se que o cuidado em saúde mental por anos ficou restrito e destinado à equipe de saúde, em instituições que seguiam o modelo asilar, baseado na medicalização e isolamento. Com a Reforma Psiquiátrica, o modelo anterior foi substituído por serviços comunitários, com intuito de inserir a pessoa com transtorno mental na sociedade. Todavia, o convívio precisou ser melhor trabalhado pelos profissionais de saúde, a fim de incluir a família como centro no processo do cuidado.

Brusamarello et al. (2017) reforçam a fala supracitada, descrevendo o convívio familiar, antes evitado ou não permitido, como imprescindível para inserção social da pessoa com transtorno mental. A psicoeducação do familiar cuidador ocorreu aos poucos, o que gerou algumas atitudes equivocadas, devido ao despreparo ou falta de conhecimento, como trancafiar a pessoa em crise no quarto, a fim de evitar a agressão de terceiros (heteroagressividade). As autoras relatam que alguns familiares não se comprometem com o cuidado do familiar que precisa, delegando essa missão, apenas, para a equipe de saúde. Isso termina por ocasionar sobrecarga, que gera sofrimento mental e, posterior, adoecimento.

A tabela 1 mostra sete variáveis: sexo, escolaridade, estado civil, renda familiar, tempo de cuidado ao familiar com transtorno mental e o grau de parentesco. Constatou-se 165 (84,2%) participantes eram do sexo feminino, 31 (15,8%) do sexo masculino; aqueles com idade entre 19 e 39 anos foram 52 (26,5%), entre 40 e 59

anos foram 96 (49%) e entre 60 até 91 são 48 (24,5%); 109 (55,6%) participantes estudaram até o ensino fundamental, 71 (36,2%) até o ensino médio e 16 (8,2%) concluíram o ensino superior; 82 (41,8%) eram casados, 76 (38,8%) solteiros, 15 (7,7%) viúvos e 23 (11,7%) moravam juntos (união estável); 50 (25,5%) recebiam menos de um salário mínimo, 88 (44,9%) um salário mínimo e 58 (29,6%) mais de um. O tempo de cuidado variou entre um e cinco (48,5%) anos para 95 dos que participaram, entre seis e 10 anos foram 44 (22,4%), de 11 a 39 anos foram 57 familiares (29,1%). Sobre o grau de parentesco, 92 (46,9%) participantes da amostra eram formados por pais; 35 (17,9%) por irmãos; 13 (6,6%) por tios, primos ou avós; 56 (28,6%) por outros, como esposa(o), sobrinho(a), filho(a).

Tabela 1 – Distribuição das variáveis sociodemográficas do cuidador da pessoa com transtorno mental, Sobral, Ceará, 2023.

Variáveis	N	%
1. Sexo		
Masculino	31	15,8
Feminino	165	84,2
Total	196	100,0
2. Faixa Etária		
19 – 39	52	26,5
40 – 59	96	49,0
60 – 91	48	24,5
Total	196	100,0
3. Escolaridade		
Até Fundamental	109	55,6
Ensino Médio	71	36,2
Ensino Superior	16	8,2
Total	196	100,0
4. Estado Civil		
Casado	82	41,8
Solteiro	76	38,8
Viúvo	15	7,7
União estável	23	11,7
Total	196	100,0
5. Renda* (salário mínimo)		
< 1	50	25,5
1	88	44,9
> 1	58	29,6
Total	196	100,0
6. Tempo de Cuidado (anos)		
1 – 5	95	48,5
6 – 10	44	22,4
11 – 39	57	29,1
Total	196	100,0
7. Grau de parentesco		
Pais	92	46,9
Irmãos	35	17,9
Tio(a)/primo(a)/Avô(ó)	13	6,6
Outro	56	28,6
Total	196	100,0

***Salário mínimo correspondente ao ano de 2022 (R$ 1.212,00).**

Fonte: elaborado pelo autor, 2023.

A partir dos dados coletados, percebeu-se que o público feminino é o mais presente no cuidado à pessoa com transtorno mental. Isso acontece devido ao fato de a mulher está ligada ao cuidado familiar. É ela quem cuida dos filhos, do companheiro e ajuda no cuidado aos netos. Mendes et al. (2021) relatam que desde crianças, as meninas desenvolvem atitudes relacionadas ao cuidar e confortar; e essas também se referem à prática de cuidados na enfermagem (área de atuação do pesquisador). Treviso et al. (2017) destacam que as primeiras ações vinculadas à enfermagem estavam sob a gestão de mulheres, dispostas a oferecer acolhimento, apoio e atenção (freiras, solteiras, voluntárias). As construções culturais direcionam o cuidado como competência do ser feminino, como algo construído pela sociedade, por meio de representações sociais existentes. Lins, Rodrigues e Ferreira (2019) descrevem o cuidado intrafamiliar como trabalho doméstico, envolvendo relação de amor, afeto e zelo, atribuído, socialmente, às mulheres; também, revelam a presença dominante da mulher nos serviços de saúde, e, por isso, é o grupo que mais recebe orientações sobre cuidados preventivos. Ferreira, Ahnerth e Batista (2019) destacam que os aspectos relacionados ao cuidado domiciliar colocam a mulher como cuidadora inata, pois desde a infância são estimuladas a brincar, ao pajear; posteriormente, são delegadas funções domésticas, como faxina, preparo de refeições, assistência a crianças, doentes e idosos; abdicam da carreira profissional para cuidar da família; são ditas provedoras e mantenedoras do cuidado, devido à maternidade.

É exposto que a faixa etária de 40 a 91 anos é mais presente no cuidado intrafamiliar. Isso se deve ao fato de o ato de cuidar ser delegado, principalmente, aos pais (mãe, em específico). Nascimento, Leão (2019) perceberam que a mãe é vista como rede de suporte dominante (uma referência), está sempre presente, em todos os momentos, 24 horas por dia, dispensando calma, compreensão, conforto e não agindo de maneira precipitada, trancafiando o familiar em crise, pois consideram a ação como extrema, sem necessidade e efeito produtivo. Ferreira, Ahnerth e Batista (2019) ressaltam o cuidado da mãe como ato voluntário, gratuito; a mesma toma a responsabilidade para si sobre os filhos acometidos por transtorno mental; ainda que exista a figura paterna, elas são cobradas e responsabilizadas.

A escolaridade é um aspecto que deve ser considerado no cuidado familiar. Baixa escolaridade pode significar dificuldade de aprendizagem, de compreender as orientações recebidas pelo profissional de saúde. A Tabela 1 evidencia que a maioria dos participantes apresenta, apenas, o nível fundamental, sugerindo, assim, um nível limitado de estudos. Demarco, Jardim, Kantorski (2017) afirmam que a referida questão pode implicar falha da compreensão relacionada à administração de medicamentos e ao diagnóstico da pessoa com transtorno mental. Os autores indicam que outros estudos também mostram o predomínio de familiares cuidadores do sexo feminino, que apresentam proximidade maior (mães) e dispõem de baixa escolaridade, o que pode gerar alguns encargos na prestação do cuidado. Dias et al. (2020), também, corroboram com as falas anteriores. Ferreira et al. (2018) destacam que a maior escolaridade resulta na melhor resolução de problemas, maior acesso às informações e capacidade para lidar com emoções e sentimentos relacionados ao transtorno mental, de maneira saudável e equilibrada.

Casados são os participantes mais frequentes no estudo (82, ou 41,8%). Silva et al. (2021) enfatizam que o familiar casado, no geral, é do sexo feminino; a mulher, além dos afazeres domésticos e cuidados com o companheiro e os filhos, assume tarefa importante na vida da pessoa que cuida. Por esse motivo, são os que apresentam maior grau de sobrecarga, devido ao fato de lidarem com os cuidados de casa, da família nuclear, e da pessoa com transtorno mental. Magalhães et al. (2019) descrevem o familiar casado e cuidador, em algumas situações, como promover das despesas da pessoa com transtorno mental que o mesmo cuida, além de auxiliar no vestuário, acompanhamento em consultas. Essa dedicação exclusiva termina por ocasionar o isolamento social, devido o cuidado não poder ser revezado com outra pessoa, e, também, o sentimento de impotência, por não se sentir apto a oferecer o melhor cuidado, e de frustração, ao perder a identidade própria.

A maioria dos entrevistados dependem do Sistema Único de Saúde (SUS) para o acompanhamento do familiar com transtorno mental, devido à dificuldade financeira e renda limitada, o que gera a necessidade de procurar serviços públicos de saúde. Ribeiro (2018) corrobora com essa versão e acrescenta que quanto maior a renda e escolaridade, menor a procura pelo serviço público. Preferem pagar por serviços de saúde privados, pois os consideram de melhor qualidade. Utilizam o SUS de maneira complementar, quando o valor de medicamentos ou procedimentos não são descontados totalmente pelo plano privado (oferta racionada).

Henriques, Cabana, Montarroyos (2018) destacam que boa parte dos familiares cuidadores não dispõem de renda pessoal, dependendo daquela disponibilizada para os cuidados da pessoa com transtorno mental, por meio do Benefício de Prestação Continuada (BPC). O referido benefício está previsto na Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), custa um salário mínimo e é distribuído pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) para pessoas com deficiência física, mental, intelectual ou sensorial de longo prazo (BRASIL, 2023). Essa dependência do BPC pode colocar o familiar cuidador em uma situação questionável para profissionais do serviço social, que cobram o uso dos recursos financeiros, apenas, para os gastos da pessoa cuidada. Essa é uma questão complexa, que merece atenção.

A tabela 2 apresenta os tipos de transtorno mental encontrados, após a checagem dos questionários aplicados. Assim, percebeu-se que 152 (77,6%) conheciam o tipo de transtorno mental, 44 (22,4%), no entanto, desconheciam. Dos 152 (100%), 44 (29%) foram tipificados como esquizofrenia; 30 (19,7%), depressão; 12 (8%), Transtorno de Ansiedade Generalizado (TAG); oito (5,2%), retardo mental; 7 (4,6%), Transtorno Afetivo Bipolar (TAB); 6 (4%), transtorno de boderline; quatro (2,6%), Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC); 2 (1,3%), transtorno esquizoafetivo. Outros 39 (25,6%) transtornos mentais foram identificados: 18 (11,8%) casos de transtorno associado ao uso abusivo de álcool e outras drogas; nove (6%), Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH); seis (4%), Transtorno do Espectro Autista (TEA); três (2%), síndrome do pânico; um (0,6%), transtorno delirante; um (0,6%), Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT); um (0,6%), transtorno de personalidade. A tabela 2 pode ser visualizada abaixo.

Tabela 2 – Apresentação do conhecimento e tipo de transtorno mental informado pelo familiar cuidador da pessoa acompanhada pelo sistema de saúde, Sobral, Ceará, 2023.

Variáveis	N	%
1. Conhecimento sobre o Transtorno Mental		
Sim	152	77,6
Não	44	22,4
Total	196	100,0
2. Caso sim, qual tipo de Transtorno Mental?		
Esquizofrenia	44	29,0
Depressão	30	19,7
Transtorno de Ansiedade Generalizado	12	8,0
Retardo mental	8	5,2
Transtorno Afetivo Bipolar	7	4,6
Transtorno de boderline	6	4,0

Transtorno obsessivo compulsivo	4	2,6
Transtorno esquizoafetivo	2	1,3
Outros	39	25,6
Total	152	100,0

Fonte: elaborado pelo autor, 2023.

A tabela 2 trouxe como transtorno mental predominante a esquizofrenia, seguida da depressão e do transtorno de ansiedade generalizado. Moniz et al. (2020) encontraram em estudo a prevalência de casos de transtorno afetivo bipolar, seguido de esquizofrenia e transtorno relacionado ao abuso de álcool e outras drogas. Em outros dois estudos, desenvolvidos no Brasil, prevaleceram pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, seguidos de casos de transtorno relacionado ao abuso de álcool e outras drogas e os transtornos de humor.

Hiany et al. (2018) constataram que o público com maior número de casos de transtorno mental, no Brasil, é o feminino; que existe diferença de gênero na incidência e prevalência dos transtornos mentais; no sexo feminino, predominam os transtornos de humor; no masculino, os transtornos psicóticos e os relacionados ao abuso de álcool e outras drogas. Os autores trouxeram evidências de que os transtornos mentais que afetam as mulheres estão relacionados a alterações hormonais, gestação, jornada de trabalho, estado conjugal, além de diferenças culturais. Em compensação, as mulheres costumam identificar os problemas, precocemente, e pedir ajuda; os homens, por sua vez, postergam a procura por ajuda, aliviando o sofrimento e a angústia com o abuso de substâncias psicoativas.

Para entender melhor a questão do transtorno mental, no Brasil, faz-se necessário trazer informações sobre os principais motivos para incidência e prevalência. Lopes (2020) constatou, pela literatura, que 80% das pessoas que apresentam transtorno mental vivem em países de baixa e média renda. A autora aponta que as características demográficas e econômicas, no Brasil, são responsáveis pelo aumento da incidência e persistência de transtornos mentais (depressivos e ansiosos, principalmente) na população, e essa problemática responde por 32,4% dos anos vividos com incapacidade. Essas afirmações são contempladas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), ao declarar saúde como o completo bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 2020a); e para mantê-la é, necessário o acesso a inúmeros benefícios, como educação, moradia, transporte, lazer e segurança, previstos na Constituição Federal (CF) de 1988 (BRASIL, 2020b).

Santos et al. (2018) afirmam que se faz necessário conhecer o tipo de transtorno mental que o familiar apresenta, a fim de facilitar as ações de cuidado. Quando o familiar cuidado não conhece o diagnóstico em saúde mental, as ações dele ficam limitadas; eles passam a depender mais dos serviços de saúde, pois não entendem como o transtorno mental pode evoluir, em relação aos sinais e sintomas. Moniz et al. (2020) destacam que quanto mais ciente o familiar cuidador fica em relação ao transtorno mental, melhor ele reage às adversidades; explicita, também, que o apoio e suporte da equipe de saúde, dos profissionais de referência, os ajuda a desenvolver mecanismos de enfrentamento e adaptação.

Questionou-se a dificuldade de cuidar da pessoa com transtorno mental. A partir disso, a tabela 3 mostra que 107 (54,6%) dos familiares apresentam dificuldade no cuidado e 89 (45,4%), não. O cuidado é considerado extremamente difícil por 14 (7,1%); muito difícil por 29 (14,8%); difícil por 64 (32,7%) participantes do estudo. As dificuldades apresentadas por 32 (16,3%) familiares foram higienização, alimentação, administração de medicamentos, administração das contas, acompanhamento nas consultas; por três (1,5%) foram higienização, alimentação, administração de medicamentos, administração das contas; nove (4,6%) foram higienização, alimentação, administração de medicamentos; um (0,5%) relatou ser difícil realizar a higienização e alimentação da pessoa com transtorno mental cuidada; 2 (1%), a higienização; 5 (2,6%), apenas a alimentação; outros 55 (28,1%) participantes do estudo informaram a presença de outros empecilhos para que o cuidado seja realizado de maneira efetiva, como a relação interpessoal conflituosa. A tabela 3 pode ser visualizada e pormenorizada abaixo.

Tabela 3 – Distribuição do grau e tipos de dificuldades identificadas por familiares cuidadores de pessoas com transtorno mental, Sobral, Ceará, 2023.

Variáveis	N	%
1. Dificuldade com o cuidado		
Sim	107	54,6
Não	89	45,4
Total	196	100,0
2. Grau de dificuldade		
Extremamente difícil	14	7,1
Muito difícil	29	14,8
Difícil	64	32,7
Não se aplica	89	45,4
Total	196	100,0
3. Tipos de dificuldades		
Higienização, alimentação, administração de medicamentos, administração das contas, acompanhamento nas consultas	32	16,3

Higienização, alimentação, administração de medicamentos, administração das contas	3	1,5
Higienização, alimentação, administração de medicamentos	9	4,6
Higienização, alimentação	1	0,5
Higienização	2	1,0
Alimentação	5	2,6
Outra	55	28,1
Total	107	54,6
Não se aplica	89	45,4
Total	196	100,0

Fonte: elaborado pelo autor, 2023.

Parte considerável dos familiares relatou a necessidade de auxiliar a pessoa cuidada em todas as Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), o que demonstra capacidade funcional comprometida. O familiar cuidador banha, veste, alimenta, administra os medicamentos, acompanha nas consultas, paga as contas da pessoa com transtorno mental. Essas funções podem desencadear sobrecarga subjetiva ou objetiva.

Oliveira et al. (2017) descrevem esses dois tipos sobrecarga como elementos de observação necessários para o posterior desenvolvimento de ações de educação em saúde. A sobrecarga subjetiva relaciona-se com as emoções geradas pelo cuidado: preocupação, medo, estresse, frustração, descontentamento, impotência. A objetiva refere-se aos encargos da prática: administração de despesas, afazeres domésticos, acompanhamento em consultas, em exercícios físicos, passeios e outras atividades de lazer, como visitar parentes. Gonçalves (2018) especifica os tipos de sobrecarga, dividindo-os em três: financeira; do cuidado; física e emocional. Destaca a relevância em se criar estratégias para cessar estes encargos, com objetivo de transformar a família em um espaço terapêutico e ressocializador. O autor complementa afirmando ser necessária a criação de laços de solidariedade e apoio de outras pessoas e instituições, a fim de fortalecer as relações e ajudar no processo.

A maioria dos participantes declarou que sente dificuldade nos cuidados da pessoa com transtorno mental. Hiany et al. (2018) citam a dificuldade financeira como uma das principais. Familiares desempregados ou que abandonam o emprego para cuidar da pessoa com transtorno mental passam a depender do benefício recebido pela mesma; isso pode desencadear sentimentos negativos (frustrações, insegurança, impotência) e o aumento do consumo ou dependência de drogas.

Para Pedrosa (2021), alguns familiares cuidadores ajustam os horários dos afazeres, de acordo com as necessidades, para proporcionar caráter autônomo, visando organização das práticas, cuidado efetivo e diminuição das dificuldades. Essas, se não controladas, podem induzir os participantes a procurar ajuda psicológica, suporte emocional, para conseguir continuar com o cuidado desempenhado. Como estratégias para superar o problema citado, anteriormente, Oliveira et al. (2017) sugerem que sejam realizadas visitas domiciliares de rotina e criados grupos de apoio com familiares, a fim de que haja troca de relatos e experiências, que os auxiliem a superar as dificuldades no manejo do cuidado.

Complementando as falas supracitadas, Santos et al. (2018) ressaltam que o atendimento em grupo, compartilhando-se vivências, promovendo-se atenção psicoeducacional e psicoterapêutica são fundamentais para diminuir os níveis de estresse e sobrecarga dos familiares cuidadores em saúde mental. Outro elemento que pode influir, de maneira benéfica, na redução da sobrecarga é o apoio e suporte da família ampliada em relação à nuclear. Todavia, Almeida, Mendonça (2017) demonstram que existem alguns empecilhos nesse processo, como o preconceito, o medo ou a vergonha. O primeiro e o segundo ocorre devido ao mito de que pessoas com transtorno mental não podem viver em sociedade por falta de adequabilidade ou pela suposta periculosidade associada ao transtorno. O terceiro ocorre em razão do desagrado sentido pela família ampliada, resultante de comportamentos inadequados da pessoa com transtorno mental, o que gera o afastamento desse grupo.

Pessoas que sofrem com transtorno mental grave apresentam algum grau de dependência para realizar as atividades de vida diárias (básicas ou instrumentais). A tabela 4 mostra que 48 (24,5%) familiares auxiliam as pessoas que cuidam com a alimentação, banho, vestimenta e administração de medicamentos; dois (1%), com alimentação, banho e vestimenta; quatro (2%) com alimentação e o banho; 10 (5,1%) auxiliam a alimentar-se; seis (3,1%) a banhar-se, apenas; outros 126 (64,3%) auxiliam na administração de medicamentos ou no controle das contas. A tabela 4 pode ser visualizada e pormenorizada abaixo.

Tabela 4 – Apresentação das atividades de apoio desenvolvidas pelos familiares cuidadores de pessoas com transtorno mental, devido ao estado de dependência, Sobral Ceará, 2023.

Variáveis	N	%

Alimentar-se, banhar-se, vestir-se, administração de medicamentos	48	24,5
Alimentar-se, banhar-se, vestir-se	2	1,0
Alimentar-se, banhar-se	4	2,0
Alimentar-se	10	5,1
Banhar-se	6	3,1
Outro	126	64,3
Total	196	100,0

Fonte: elaborado pelo autor, 2023.

Relacionando a tabela 4 com os achados da literatura, percebe-se que alguns autores relacionam o avançar da idade, o uso prolongado de medicamentos (psicotrópicos, principalmente) e a cronificação dos transtornos mentais com aumento do grau de dependência. Idosos com déficit cognitivo podem apresentar lapsos de memória e esquecer que realizou determinadas atividades, como alimentação, banho, administração de medicamentos e pagamento de despesas domésticas. Os autores, ainda, associam a baixa escolaridade com a dificuldade em realizar as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD): controle de finanças, utilização de medicamentos na dose e horário corretos, lavar e passar roupas, preparar refeições, comunicar-se pelo telefone (realizar ligações, atender chamadas), fazer compras e realizar outros trabalhos domésticos (MOREIRA et al.,2020).

Uchoa et al. (2019) destacam a associação entre a depressão e a dependência funcional, ou seja, quanto maior o nível de sintomas depressivos, menor a capacidade funcional nas AIVD. E, para o controle dos referidos sintomas, sugere-se a participação em grupos de convivência, realização de exercícios físicos e manutenção efetiva rede de apoio social, ou seja, comportamento ativo e saudável que atue afastando a prevalência de depressão. Além do transtorno citado, Luz (2017) refere que o aparecimento de um quadro chamado *delirium* (perturbação da consciência, redução da capacidade de atenção e pensamento desorganizado, sem nexo) diminui, também, a capacidade funcional, ao alterar o processo cognitivo.

Pessoas com transtornos mentais podem se tornar restritas por determinados fatores (aversão ao convívio social, mobilidade prejudicada, outros), o que termina por ser prejudicial ao bom andamento da terapêutica. Isso pode atrapalhar a execução de atividades de apoio, como banho, vestimenta e acompanhamento nas consultas. Outros elementos prejudiciais às atividades citadas são: efeitos colaterais da medicação psicotrópica (inquietação psicomotora; distonia

aguda, ou movimentos involuntários do corpo). Para Rodrigues et al. (2019), a dependência funcional e a pouca disponibilidade de tempo do familiar para o cuidado podem motivar o envio dessas pessoas a Instituições de Longa Permanência (ILP).

Como descrito, anteriormente, a dependência funcional de algumas pessoas com transtorno mental, também, pode estar relacionada ao avançar da idade e às respectivas limitações, que podem ser grandes ou pequenas, de acordo com o problema de saúde individual. Por isso, é necessário o familiar perceber essas outras limitações e identificar como elas podem interferir no cuidado ao transtorno mental. O cuidado deve ser visto de maneira holística, as necessidades precisam ser atendidas em conjunto, tanto as psíquicas, como as biossocioculturais (ARAÚJO et al., 2017).

Assim, com as falas supracitadas, entende-se que a pessoa com transtorno mental grave apresenta limitações que prejudicam a capacidade funcional. O familiar cuidador deve ser bem orientado sobre as ações que podem ser realizadas, a fim de contribuir para melhora do quadro e manutenção do tratamento.

A tabela 5 revela que 34 (17,3%) das pessoas com transtorno mental utilizavam medicamentos antipsicóticos; oito (4,1%), ansiolíticos; dois (1%), estabilizadores de humor; nove (4,6%), antidepressivos; 12 (6,1%), antipsicóticos, antidepressivos, ansiolítico; 18 (9,2%), antipsicóticos, estabilizadores de humor, ansiolítico; 3 (1,5%), estabilizadores de humor e ansiolítico; 30 (15,3%), antipsicóticos e ansiolítico; 18 (9,2%), antidepressivos e ansiolítico; outros 34 (17,3%) utilizam, por exemplo, medicamentos para tratamento do uso abusivo de álcool e outras drogas (naltrexona, topiramato).

Tabela 5 – Distribuição dos medicamentos psicotrópicos, forma de administração e horários, utilizados pelas pessoas com transtorno mental que recebem cuidados, Sobral, Ceará, 2023.

Variáveis	N	%
1. Medicamentos utilizados pela pessoa com transtorno		
Antipsicótico	34	17,3
Ansiolítico	8	4,1
Estabilizador de humor	2	1,0
Antidepressivo	9	4,6
Antipsicótico, antidepressivo e ansiolítico	12	6,1
Antipsicótico, estabilizador de humor, ansiolítico	18	9,2
Estabilizador de humor, ansiolítico	3	1,5
Antipsicótico e ansiolítico	30	15,3
Antidepressivo e ansiolítico	18	9,2

Outro	34	17,3
Total	168	85,7
Não sabe informar	28	14,3
Total	196	100,0
2. Forma de Administração dos Medicamentos		
Comprimido	152	77,6
Gotas	21	10,7
Intramuscular	2	1,0
Intravenosa	3	1,5
Intramuscular/comprimido	8	4,1
Intravenoso/comprimido	2	1,0
Total	188	95,9
Não sabe informar	8	4,1
Total	196	100,0
3. Os horários/turnos utilizados para administração dos medicamentos		
1 Manhã, tarde, noite	44	22,4
2 Manhã e tarde	1	0,5
3 Manhã e noite	94	48,0
4 Manhã	4	2,0
5 Tarde	4	2,0
6 Noite	40	20,4
Total	187	95,4
Não sabe informar	9	4,6
Total	196	100,0

Fonte: elaborado pelo autor, 2023.

Sobre a forma de administração de medicamentos, a tabela 5 mostra que: 152 (77,6%) faziam uso de comprimidos; 21 (10,7%), gotas; dois (1%) recebiam aplicação intramuscular (IM); três (1,5%), aplicação intravenosa (IV); oito (4,1%) faziam uso de comprimidos e aplicação IM; dois (1%), comprimidos e administração IV; oito (4,1%) não sabiam informar. Em relação aos horários de uso: 44 (22,4%) faziam uso durante manhã, tarde e noite; um (0,5%), manhã e tarde; 94 (48%), manhã e noite; quatro (2%), durante à manhã; quatro (2%), tarde; 40 (20,4%), durante à noite; nove (4,6%) não sabiam informar o tratamento.

O familiar cuidador da pessoa com transtorno mental deve ser informado sobre os percursos que envolvem o tratamento, quais medicamentos tomar, horários de uso, mecanismo de ação e possíveis efeitos colaterais. Alguns fatores podem interferir nesse processo, como a baixa escolaridade desse familiar. A pessoa com transtorno mental tende a não aderir corretamente ao tratamento, por não reconhecer que apresenta condição séria de saúde ou devido aos incômodos gerados por determinados efeitos colaterais, como sonolência e indisposição. Czarnobay et al. (2018) reforçam essas falas, ao mencionar depoimentos de clientes que dizem não querer que os medicamentos atrapalhem a autonomia, o direito de ir

vir, trabalhar, dirigir, viajar ou namorar. Os autores relatam, também, o questionamento de alguns que pensam ser passageiro o transtorno mental e abandonam o tratamento quando percebem melhora do quadro; ou que acreditam na religião, a ponto de sentir que receberam uma cura espiritual.

Sousa Filho, Ferreira Neto (2021) descrevem a importância de a pessoa com transtorno mental seguir com o tratamento medicamentoso, mas não somente ele, este deve estar alinhado com o acompanhamento de outros profissionais, como psicólogo, Terapeuta Ocupacional (TO) e assistente social. Destacam, também, a necessidade da presença do familiar cuidador na administração de medicamentos, controlando os horários, a quantidade administrada e ajustando às necessidades da pessoa cuidada (é importante propor horários que a mesma concorde).

Carvalho, Nantes, Costa (2020) reforçam a fala supracitada sobre o monitoramento durante a administração dos medicamentos, a fim de evitar a ingestão acidental de dose maior do que o permitido ou de a pessoa cuidada fingir que ingere o medicamento e desenvolver crise em saúde mental, posteriormente, devido à falha no tratamento. Renault, Passos (2022), por outro lado, trazem à tona discussão sobre a possibilidade de colocar a pessoa cuidada no centro de tratamento, gerindo o mesmo, junto com o familiar cuidador. Os autores afirmam ser possível, a partir do controle dos sintomas e melhora do quadro psíquico, a Gestão Autônoma da Medicação (GAM), a fim de promover a corresponsabilização da pessoa com transtorno mental no próprio cuidado. Essa ferramenta também auxilia a diminuir a sobrecarga do familiar cuidador, visando transformar as práticas em saúde mental.

A tabela 6 demonstra que cuidador é um dos responsáveis pelo bem-estar da pessoa com transtorno mental que ele cuida para 176 (89,8%) participantes do estudo; 10 (5,1%) concordaram em parte com essa afirmativa; cinco (2,6%) não concordaram nem discordaram; três (1,5%) discordaram em parte; dois (1%) discordaram totalmente. A pessoa com transtorno mental cuidada e acompanhada é capaz de se adaptar às novas situações e adotar novos comportamentos para melhorar o bem-estar para 133 (67,9%) participantes; 36 (18,4%) concordaram em parte; nove (4,6%) não concordaram nem discordaram; cinco (2,6%) discordaram em parte; 13 (6,6%) discordaram totalmente. É importante dar oportunidade para que a pessoa com transtorno mental possa fazer escolhas, para a eficácia do tratamento; essa afirmativa é ratificada por 103 (52,6%) participantes; 36 (18,4%)

concordaram em parte; 22 (11,2%) não concordaram nem discordam; sete (3,6%) discordaram em parte; e 28 (14,3%) discordam totalmente.

Tabela 6 – Apresentação das atitudes e do grau de concordância do familiar frente ao cuidado e autocuidado da pessoa com transtorno mental, Sobral, Ceará, 2023.

Variáveis		N	%
Atitudes	**Grau de concordância**		
1. O cuidador é um dos responsáveis pelo bem-estar da pessoa com transtorno mental que ele cuida.	Discordo totalmente	2	1,0
	Discordo em parte	3	1,5
	Não concordo, nem discordo	5	2,6
	Concordo em parte	10	5,1
	Concordo totalmente	176	89,8
	Total	196	100,0
2. A pessoa com transtorno mental cuidada e acompanhada é capaz de se adaptar a novas situações e adotar novos comportamentos para melhorar o seu bem-estar.	Discordo totalmente	13	6,6
	Discordo em parte	5	2,6
	Não concordo, nem discordo	9	4,6
	Concordo em parte	36	18,4
	Concordo totalmente	133	67,9
	Total	196	100,0
3. Para a eficácia do tratamento da pessoa com transtorno mental, é importante dar oportunidade de a mesma fazer suas escolhas.	Discordo totalmente	28	14,3
	Discordo em parte	7	3,6
	Não concordo, nem discordo	22	11,2
	Concordo em parte	36	18,4
	Concordo totalmente	103	52,6
	Total	196	100,0

Fonte: elaborado pelo autor, 2023.

A eficácia do tratamento perpassa por algumas etapas, entre elas, destacam-se o autocuidado, a relação entre o familiar cuidador e a pessoa com transtorno mental e a boa adesão. Essa última requer rotina, disciplina e limitações. Jordão, Pergentino (2018) destacam que é preciso, além de administrar os medicamentos no horário correto, seguir a prescrição médica. Alguns clientes podem aumentar a dose por conta própria, devido à insatisfação e impaciência com a possível demora dos resultados do medicamento. Essa ação pode ocasionar intoxicação medicamentosa acidental. Por esse motivo, é fundamental que o tratamento seja planejado e decidido em conjunto. O profissional de saúde e a pessoa com transtorno mental devem estar alinhados (cuidado transversal e humanizado), é necessário vínculo e respeito mútuo, para obtenção de sucesso no percurso terapêutico.

A adesão ao tratamento perpassa por dois aspectos: percepção da pessoa sobre o transtorno e a terapêutica; influência de pessoas próximas. O primeiro envolve o medo dos efeitos colaterais, das consequências do uso prolongado e da possível dependência para o resto da via, ausência de motivação,

negação do transtorno. O segundo aspecto aborda o prejuízo da imposição do tratamento, da falta ou fragilidade da relação profissional de saúde-pessoa com transtorno mental, apoio social e familiar ineficaz, que induzem a não adesão ao tratamento (COSTA; GÓES; MORAIS, 2021).

O autocuidado é um recurso fundamental para aquele que deseja o bem-estar. Algumas pessoas com transtorno mental podem experienciar o autocuidado, a fim de melhorar o quadro clínico e fortalecer a terapêutica em saúde mental. Corrêa (2020) destaca a yoga como poderosa ferramenta no autocuidado, que provoca mudança na autopercepção, consciência corporal e o aumento da disposição, por meio de técnicas de relaxamento; propõe o equilíbrio entre o corpo, a mente e as emoções; promove benefícios motores, físicos, cognitivos, emocionais e sociais; contribui para o aumento da vitalidade, longevidade, resiliência e qualidade de vida.

Tabela 7 – Apresentação das práticas e frequência de aplicação por familiares frente ao cuidado e autocuidado da pessoa com transtorno mental, Sobral, Ceará, 2023.

Variáveis		N	%
Práticas	**Frequência de aplicação**		
1. Você planeja com a pessoa com transtorno mental as atividades de cuidado, perguntando sua opinião e busca segui-la?	Sempre	93	47,5
	Às vezes	53	27,0
	Nunca	50	25,5
	Total	196	100,0
2. Você estimula a pessoa com transtorno mental a cuidar de si?	Sempre	159	81,1
	Às Vezes	26	13,3
	Nunca	11	5,6
	Total	196	100,0

Fonte: elaborado pelo autor, 2023.

A tabela 7 mostra que 93 (47,5%) dos familiares planejavam com a pessoa com transtorno mental as atividades de cuidado, perguntando a opinião e procurando segui-la; 53 (27%) realizavam, às vezes, a ação citada, anteriormente; 50 (25,5%), no entanto, nunca perguntaram a opinião da pessoa com transtorno mental, para realizar o planejamento das atividades de cuidado. O estímulo ao autocuidado é realizado por 159 (81,1%) dos familiares cuidadores; 26 (13,3%) estimulavam essa ação, às vezes; 11 (5,6%) nunca estimulavam o autocuidado da pessoa com transtorno mental.

O autocuidado é um recurso indispensável à melhora dos sintomas de uma pessoa com transtorno mental, contribuindo para efetividade do tratamento. Deve ser exposto pelos profissionais de saúde e reforçado pelo familiar que presta cuidados em saúde mental. Silva et al. (2017) afirmam que a psicoeducação é

ferramenta necessária para manter a pessoa cuidada ciente e apropriada do próprio transtorno, a fim de possibilitar melhores reações aos momentos de crise. Um dos instrumentos da psicoeducação é a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), que serve para ensinar clientes e cuidadores sobre o transtorno mental (sinais e sintomas, formas de tratamento e como lidar nos momentos de crise); facilitar a aceitação do problema; diminuir fatores estressores e estigma relacionado ao transtorno.

Focar no autocuidado é um passo importante para adesão ao tratamento. Para alguns, a jornada do tratamento em saúde mental é uma tarefa difícil, que requer paciência e persistência. Existirão momentos turbulentos no trabalho, na família e nas relações com amigos, além de efeitos colaterais dos medicamentos. Aprender a lidar com essas questões requer tempo. Silva et al. (2017) indicam que existem casos de adesão parcial ao tratamento (cerca de setenta por cento), devido a não adaptação à terapêutica e à falta de preparação profissional para lidar com o transtorno mental, gerando, assim, conflitos e quebra na relação interpessoal.

A partir dos achados nas tabelas supracitadas, pôde-se perceber que o conhecimento dos familiares cuidadores foi adequado, no que se refere às situações relacionadas ao cuidado e autocuidado da pessoa com transtorno mental, pois conhecem o diagnóstico da pessoa que cuida, auxiliam na execução das atividades básicas e instrumentais da vida diária (alimentação, banho, vestimenta, administração de medicamentos, das despesas, acompanhamento nas consultas, visitas a parentes e amigos), conhecem os medicamentos utilizados pela pessoa cuidada, a forma de administração e os horários. Excetua-se o fato de o familiar cuidador (maioria) apresentar dificuldade diante do transtorno mental, o que exige da equipe de saúde disposição e sabedoria para ajudá-lo a superar esse comportamento inadequado. A atitude foi adequada, pois a maioria conseguir perceber a importância da sua presença para o bem-estar e melhor adesão e eficácia do tratamento da pessoa com transtorno mental. A prática, também, foi adequada, pois há o planejamento conjunto das atividades de cuidado e o estímulo ao autocuidado.

A tabela 8 revela se os familiares receberam orientações acerca do ambiente terapêutico no cuidado às pessoas com transtorno mental; 133 (67,9%) afirmaram que não receberam; 63 (32,1%) afirmaram que sim. Dos que receberam, 59 (30,1%) afirmaram que foram orientados por profissionais de saúde; 3 (1,5%) por

outros membros da família; 1 (0,5%) pela internet; 108 (55,1%) relataram que não foram instruídos acerca da relação terapêutica no cuidado da pessoa com transtorno mental; 88 (44,9%) relataram que sim; destes, 79 (40,3%) relataram que foram instruídos por profissionais de saúde; cinco (2,6%) por outros membros da família; três (1,5%) pela televisão, por meio de reportagens; um (0,5%) pela internet.

Tabela 8 – Apresentação do conhecimento de familiares acerca de orientações relacionadas ao ambiente e relação terapêutica no cuidado à pessoa com transtorno mental. Sobral, Ceará, 2023.

Variáveis	N	%
1. Você já recebeu orientações acerca do ambiente terapêutico no cuidado às pessoas com transtorno mental?		
Sim	63	32,1
Não	133	67,9
Total	196	100,0
2. Caso sim, onde/de quem recebeu essas orientações?		
Televisão	0	0,0
Familiares	3	1,5
Vizinhos/amigos	0	0,0
Profissionais de saúde	59	30,1
Internet	1	0,5
Outro	0	0,0
Total	63	32,1
3. Você já recebeu orientações acerca da relação terapêutica no cuidado às pessoas com transtorno mental?		
Sim	88	44,9
Não	108	55,1
Total	196	100,0
4. Caso sim, onde/de quem recebeu essas orientações?		
Televisão	3	1,5
Familiares	5	2,6
Vizinhos/amigos	0	0,0
Profissionais de saúde	79	40,3
Internet	1	0,5
Outro	0	0,0
Total	88	44,9

Fonte: elaborado pelo autor, 2023.

Santos et al. (2018) reforçam que é preciso maior e melhor entrosamento entre os profissionais de saúde, clientes e acompanhantes. O tratamento é um acordo mútuo, deve ser minimamente explicado. Não pode ser resumido ao momento da consulta. As orientações precisam ser claras e adequadas a cada público. O profissional de saúde deve orientar sobre a importância do ambiente e da relação terapêutica, proporcionando visão integral do cuidado prestado, a fim de reduzir respostas negativas às dificuldades rotineiras da pessoa cuidada.

As orientações sobre o cuidado em saúde mental podem ser realizadas de diversas formas, inclusive, com o uso de tecnologias educacionais, como jogos

interativos, que trabalham o lúdico, induzindo ao desenvolvimento psicossocial. Podem, também, propiciar confiança e aumento do vínculo entre o profissional de saúde, pessoa adoentada e familiar cuidador (CARVALHO et al., 2021).

Outra Tecnologia Educacional (TE), que poderia auxiliar os profissionais de saúde nas orientações sobre o ambiente e relação terapêutica, servindo como complemento e qualificando o cuidado, é a cartilha educativa, principalmente, em locais com deficiência de serviços de saúde mental, como em cidades pequenas e pouco desenvolvidas. É ferramenta atrativa e dinâmica, que utiliza imagens para alertar o leitor e deixá-lo interessado em ler o material; com linguagem acessível e didática, a fim de acessar diversos públicos (SILVA; REIS, 2021).

Grupos de educação em saúde são importantes, também, para trabalhar temas relacionados ao cuidado em saúde mental (promoção, prevenção e reabilitação em saúde, além de proporcionar a troca de experiências, compartilhamento de ideias e sugestões, e construção de redes de suporte (GOMES; SILVA; OLIVEIRA, 2021).

A tabela 9 mostra que 114 (58,2%) familiares acreditavam ser importante observar espaço e iluminação, higiene, arrumação e decoração, sons e música do ambiente para mantê-lo como espaço terapêutico; 48 (24,5%) defendem a observação do espaço e iluminação, higiene, arrumação e decoração para manter o ambiente terapêutico; 15 (7,7%), o espaço e a iluminação; 12 (6,1%), higiene; 4 (2%), arrumação e decoração; três (1,5), sons e música; 139 (71%) referem a importância de se observar a escuta, diálogo, acolhimento e o respeito mútuo, a fim de manter a relação terapêutica; 13 (6,6%), a escuta e o diálogo; 28 (14,3%), acolhimento e respeito mútuo; um (0,5%), escuta; três (1,5%), diálogo; três (1,5%), acolhimento; nove (4,6%) concordaram que o respeito mútuo é necessário para relação terapêutica.

O familiar cuidador deve oferecer ambiente adequado e saudável à pessoa com transtorno mental (iluminado, arejado, confortável, livre de barulhos externos, higienizado, arrumado, com sons e músicas agradáveis e relaxantes). Além disso, deve buscar manter boa relação durante o tratamento realizado (ouvir queixas com escuta qualificada, diálogo, acolhimento, respeito mútuo). É necessária introdução da pessoa com transtorno mental em grupos de convivência, e realizar ações para melhorar as relações terapêuticas, como visita a outros familiares distantes, manutenção de vínculos de amizade.

Tabela 9 – Apresentação do que deve ser observado pelos familiares no ambiente e relação na terapêutica durante o cuidado à pessoa com transtorno mental, Sobral, Ceará, 2023.

Variáveis	N	%
1. O que deve ser observado no ambiente terapêutico, durante o cuidado à pessoa com transtorno mental?		
Espaço e iluminação, higiene, arrumação e decoração, sons e música	114	58,2
Espaço e iluminação, higiene, arrumação e decoração	48	24,5
Espaço e iluminação	15	7,7
Higiene	12	6,1
Arrumação e decoração	4	2,0
Sons e música	3	1,5
Total	196	100,0
2. O que deve ser observado na relação terapêutica, durante o cuidado à pessoa com transtorno mental?		
Escuta, diálogo, acolhimento, respeito mútuo	139	71,0
Escuta e diálogo	13	6,6
Acolhimento, respeito mútuo	28	14,3
Escuta	1	0,5
Diálogo	3	1,5
Acolhimento	3	1,5
Respeito mútuo	9	4,6
Total	196	100,0

Fonte: elaborado pelo autor, 2023.

Silva, Marcolan (2021) enfatizam ser no ambiente familiar que se concebe relações profundas e duradouras, comunicação saudável, regras coerentes e flexíveis, reforço da autoestima, preservação da individualidade, capacidade para conviver em grupos, com o intuito de manter a interação social, integridade física e psicológica. Todavia, quando há desajuste na relação intrafamiliar, ausência de apoio, precariedade das relações sociais, o ambiente familiar torna-se desagradável e não tolerado. Os autores complementam afirmando que pensar em um ambiente perfeito, com existência exclusiva de situações agradáveis, sem desajustes momentâneos, inexistência de conflitos pessoais ou coletivos, seria considerado utopia, algo existente, apenas, no campo das ideias. É importante manter o equilíbrio entre situações boas e ruins, e os problemas devem ser administráveis.

A relação saudável e adequada, entre a pessoa com transtorno mental, familiar cuidador e o profissional de saúde, pode ser estabelecida por meio da Comunicação Terapêutica (CT), recurso utilizado para responder às necessidades implícitas e explícitas das pessoas que precisam de cuidados. A CT traz como resultados a melhoria do cuidado, ao proporcionar sentimentos como tranquilidade, autoconfiança, compreensão e empatia pela pessoa cuidada (MATOS et al., 2020).

A tabela 10 mostra que são consideradas consequências de um ambiente terapêutico ruim para 46 (23,4%) familiares a agitação, a agressividade, o mau humor e o aparecimento de doenças; para 25 (12,8%), agitação, agressividade, mau humor, insônia; para oito (4,1%), insônia e tristeza; 62 (31,6%) consideraram a agitação e agressividade como resultado de um ambiente terapêutico não tolerável; 27 (13,8%) consideram o mau humor como resultado; três (1,5%) relataram que o aparecimento de doenças podem ocorrer caso o ambiente terapêutico seja ruim; dos 25 (12,8%) restantes, 15 (7,7%) citaram a agitação como principal causa do problema citado.

Tabela 10 – Apresentação das consequências de um ambiente e relação terapêutica ruins no cuidado à pessoa com transtorno mental, Sobral, Ceará, 2023.

Variáveis	N	%
1. Consequências de um ambiente terapêutico ruim		
Agitação, agressividade, mau humor, aparecimento de doenças	46	23,4
Agitação, agressividade, mau humor, insônia	25	12,8
Insônia e tristeza	8	4,1
Agitação e agressividade	62	31,6
Mau humor	27	13,8
Aparecimento de doenças	3	1,5
Outro	25	12,8
Total	196	100,0
2. Consequências de uma relação terapêutica ruim		
Mau humor, agressividade, isolamento, falha no tratamento	58	29,6
Mau humor, agressividade, falha no tratamento	65	33,1
Mau humor, tristeza	36	18,4
Isolamento	10	5,1
Falha no tratamento	7	3,6
Outro	20	10,2
Total	196	100,0

Fonte: elaborado pelo autor, 2023.

A relação terapêutica ruim ocasiona para 58 (29,6%) participantes do estudo: mau humor, agressividade, isolamento e falha no tratamento das pessoas com transtorno mental acompanhadas. O mau humor, a agressividade e a falha no tratamento são consequências de uma relação terapêutica ruim para 65 (33,1%) familiares cuidadores; 36 (18,4%) consideraram o mau humor e a tristeza como consequências. O isolamento foi o resultado de uma relação terapêutica não saudável para 10 (5,1%) familiares; para sete (3,6%), a falha no tratamento.

É necessário o familiar cuidador conhecer e saber identificar os sinais e sintomas da pessoa com transtorno mental, relacionados ao ambiente e à relação terapêutica ruins, para aprender a lidar com essas questões, acionando atitudes e

práticas valorativas do cuidado em saúde mental, que os ajudem a lidar com essas questões, sem maiores prejuízos. Andrade et al. (2021) destacam que sintomas positivos, negativos e/ou cognitivos podem tornar-se exacerbados, quando ocorre desequilíbrio no processo do cuidar. Esse desequilíbrio termina por sobrecarregar o familiar cuidador, pois o mesmo sente-se frustrado por não corresponder às expectativas do cuidado. Maioria das vezes, o cuidado fica centrado em apenas um cuidador. O restante da família não colabora na rotina diária. Isso requer olhar mais atencioso da equipe de saúde, por meio da escuta qualificada e mediação de conflitos intrafamiliares, com intuito de melhorar a distribuição de tarefas domésticas, reduzir a sobrecarga e gerar a corresponsabilização de outros membros do núcleo familiar pelo cuidado com o ente com transtorno mental.

Nesse sentido, o familiar cuidador necessita de olhar mais atencioso em relação aos sintomas agudos do transtorno mental, a fim de identificá-los de maneira precoce, promovendo atividades terapêuticas qualificadas, com foco expressivo, lúdico e resolutivo, intentando atingir os objetivos esperados (SILVA et al., 2021).

A tabela 11 mostrou a existência ou não de atitude no comportamento dos familiares, diante do cuidado à pessoa com transtorno mental. É importante ambiente amplo e bem iluminado, para se transmitir sensação de segurança e bem-estar, e que seja o mais agradável possível, simples e aconchegante. Essa é uma afirmação que 187 (95,4%) dos familiares concordaram totalmente; oito (4,1%), concordaram em parte; um (0,5%), não concordou nem discordou; nenhuma discordou em parte ou totalmente. Higiene ambiental deve ser priorizada, não somente pela questão do bem-estar, mas também para evitar surtos de doenças infecciosas e infestações. Essa é uma afirmação que 188 (96%) concordaram totalmente; cinco (2,5%), em parte; três (1,5%), não concordaram nem discordaram; nenhuma discordou.

A maioria dos familiares (133, ou 67,9%) concordaram totalmente que o excesso de mobília ou o mobiliário maldisposto tumultuam o ambiente, e, assim, deve-se evitar objetos e adornos que possam colocar em risco a segurança; 17 (8,7%), concordaram em parte; 34 (17,3%), não concordaram nem discordaram; dois (1%), discordaram em parte; 10 (5,1%), totalmente. A maioria dos familiares (135, ou 68,9%) concordaram totalmente que colocar músicas que agradem à pessoa com transtorno mental, ou músicas instrumentais leves e tranquilas, deixam o ambiente mais calmo e relaxante; 21 (10,7%), concordaram em parte; 23 (11,7%), não

concordaram nem discordaram; cinco (2,6%), discordaram em parte; 12 (6,1%), totalmente.

Tabela 11 – Apresentação das atitudes e do grau de concordância do familiar frente ao ambiente e à relação terapêutica, durante o cuidado da pessoa com transtorno mental, Sobral, Ceará, 2023.

Variáveis		N	%
Atitudes	**Grau de concordância**		
1. É importante ambiente amplo e bem iluminado, para se transmitir sensação de segurança e bem-estar, e que seja o mais belo e agradável possível, simples e aconchegante.	Discordo totalmente	0	0,0
	Discordo em parte	0	0,0
	Não concordo, nem discordo	1	0,5
	Concordo em parte	8	4,1
	Concordo totalmente	187	95,4
	Total	196	100,0
2. Higiene ambiental deve ser priorizada, não somente pela questão do bem-estar, mas também para evitar surtos de doenças infecciosas e infestações.	Discordo totalmente	0	0,0
	Discordo em parte	0	0,0
	Não concordo, nem discordo	3	1,5
	Concordo em parte	5	2,5
	Concordo totalmente	188	96
	Total	196	100,0
3. O excesso de mobília ou o mobiliário maldisposto tumultuam o ambiente. Deve-se evitar objetos e adornos que possam colocar em risco a segurança.	Discordo totalmente	10	5,1
	Discordo em parte	2	1,0
	Não concordo, nem discordo	34	17,3
	Concordo em parte	17	8,7
	Concordo totalmente	133	67,9
	Total	196	100,0
4. Colocar músicas que agradem à pessoa com transtorno mental, ou músicas instrumentais leves e tranquilas, deixam o ambiente mais calmo e relaxante.	Discordo totalmente	12	6,1
	Discordo em parte	5	2,6
	Não concordo, nem discordo	23	11,7
	Concordo em parte	21	10,7
	Concordo totalmente	135	68,9
	Total	196	100,0
5. É muito importante que você escute o que a pessoa com transtorno mental tem a dizer, mostrando-se receptivo, olhando-o numa atitude aberta, de modo que ele perceba a sua importância.	Discordo totalmente	0	0,0
	Discordo em parte	2	1,0
	Não concordo, nem discordo	12	6,1
	Concordo em parte	14	7,1
	Concordo totalmente	168	85,7
	Total	196	100,0
6. Durante uma conversa, é importante repetir o conteúdo que foi dito pela pessoa com transtorno mental, para que tome consciência do que falou.	Discordo totalmente	6	3,1
	Discordo em parte	1	0,5
	Não concordo, nem discordo	29	14,8
	Concordo em parte	19	9,7
	Concordo totalmente	141	71,9
	Total	196	100,0
7. Durante a conversa, é importante permitir que a pessoa com transtorno mental conduza e escolha o assunto.	Discordo totalmente	4	2,0
	Discordo em parte	1	0,5
	Não concordo, nem discordo	26	13,3
	Concordo em parte	34	17,3
	Concordo totalmente	131	66,9
	Total	196	100,0

Fonte: elaborado pelo autor, 2023.

Participantes do estudo concordaram totalmente que é muito importante que se escute o que a pessoa com transtorno mental tem a dizer, mostrando-se receptivo, olhando-o em uma atitude aberta, de modo que ele perceba a importância dele (168, ou 85,7%); 14 (7,1%), no entanto, concordaram em parte; 12 (6,1%), não concordaram nem discordaram; dois (1%), discordaram em parte; nenhuma, totalmente; 141 (71,9%) concordaram totalmente que durante uma conversa, é importante repetir o conteúdo que foi dito pela pessoa com transtorno mental, para que tome consciência do que falou; 19 (9,7%), concordaram em parte; 29 (14,8%) não concordaram nem discordaram; um (0,5%) discordou em parte; seis (3,1%), totalmente; 131 (66,9%) concordaram totalmente que durante a conversa, é importante permitir que a pessoa com transtorno mental conduza e escolha o assunto; 34 (17,3%), em parte; 26 (13,3%), não concordaram nem discordaram; um (0,5%) discordou em parte; quatro (2%), totalmente (Tabela 11).

O familiar cuidador deve proporcionar à pessoa com transtorno mental ambiente saudável, seguro, aconchegante, em que o mesmo possa se expressar livremente, viver em harmonia. Para que isso aconteça, é necessário buscar estratégias, dispor de ferramentas funcionais no cuidado ao transtorno mental, como a musicoterapia. A referida ferramenta pode ser utilizada em ambientes clínicos, hospitalares e, até mesmo, no domicílio. Auxilia pessoas com sintomas depressivos e ansiosos, melhorando os níveis cognitivos e emocionais (ASSUNÇÃO et al., 2020). Além da musicoterapia, é importante promover espaços de escuta, de troca de experiências e narrativas; realização de passeios, atividades de artes, pintura, culinária, prática de esportes e serviços manuais. As ferramentas citadas apresentam como intuito primordial a manutenção de ambiente e relação terapêutica saudáveis, responsáveis pela melhora do quadro psíquico (FLORES, 2020).

A tabela 12 apresenta práticas determinantes de um ambiente e relação terapêutica saudáveis, a fim de possibilitar cuidado eficaz à pessoa com transtorno mental. Sobre a mesma, pode-se afirmar que: 168 (85,7%) familiares cuidadores buscavam, sempre, deixar o ambiente arejado, bem iluminado e aconchegante; 26 (13,3%), às vezes; 2 (1%), nunca; 162 (82,7%) sempre higienizavam e arrumavam a casa (todos os cômodos); 33 (16,8%), às vezes; um (0,5%), nunca; 131 (66,8%) sempre permitiam que a pessoa com transtorno mental colocasse sons e músicas, de sua escolha, para tocar; 35 (17,9%), às vezes; 30 (15,3%), nunca; 139 (70,9%) sempre conversavam com a pessoa com transtorno mental, com escuta qualificada,

demonstrando paciência e atenção; 54 (27,6%), às vezes; 3 (1,5%), nunca; 103 (52,5%) sempre repetiam o conteúdo que foi dito, quando a pessoa com transtorno mental estava apresentando diálogo desconexo e fora da realidade, para fazê-la tomar consciência do que falou; 47 (24%), às vezes, realizavam a ação referida; 46 (23,5%) nunca realizam, pois pensavam que seria algo improdutivo, sem efeito; 117 (59,7%) sempre deixavam que a pessoa com transtorno mental escolhesse os assuntos, durante uma conversa, em uma postura de acolhimento e conforto; 63 (32,1%), às vezes; 16 (8,2%), nunca, pois não percebiam interesse da pessoa cuidada.

Tabela 12 – Apresentação das práticas e frequência de aplicação por familiares frente ao ambiente e à relação terapêutica, durante o cuidado da pessoa com transtorno mental, Sobral, Ceará, 2023.

Variáveis		N	%
Práticas	**Frequência de aplicação**		
1. Você busca deixar o ambiente arejado, bem iluminado e aconchegante?	Sempre	168	85,7
	Às vezes	26	13,3
	Nunca	2	1,0
	Total	196	100,0
2. Você higieniza e arruma a casa (todos os cômodos)?	Sempre	162	82,7
	Às Vezes	33	16,8
	Nunca	1	0,5
	Total	196	100,0
3. Você permite que a pessoa com transtorno mental coloque sons e músicas, de sua escolha, para tocar?	Sempre	131	66,8
	Às Vezes	35	17,9
	Nunca	30	15,3
	Total	196	100,0
4. Você conversa com a pessoa com transtorno mental, com uma escuta qualificada, demonstrando paciência e atenção?	Sempre	139	70,9
	Às Vezes	54	27,6
	Nunca	3	1,5
	Total	196	100,0
5. Quando a pessoa com transtorno mental está apresentando um diálogo desconexo e fora da realidade, você repete o conteúdo que foi dito, para fazê-la tomar consciência do que falou?	Sempre	103	52,5
	Às Vezes	47	24,0
	Nunca	46	23,5
	Total	196	100,0
6. Você deixa que a pessoa com transtorno mental escolha os assuntos, durante uma conversa, numa postura de acolhimento e conforto?	Sempre	117	59,7
	Às Vezes	63	32,1
	Nunca	16	8,2
	Total	196	100,0

Fonte: elaborado pelo autor, 2023.

A boa relação intrafamiliar é algo que precisa ser praticado, com frequência, principalmente, quando se trata do cuidado à pessoa com transtorno mental. Os incômodos gerados pelo transtorno podem ser diversos e estressantes. A relação familiar atenciosa possibilita, neste sentido, a menor ocorrência de

sintomas ansiosos, além de comportamentos mais saudáveis. É importante não somente a presença física, como também a emocional; a abertura para a conversa, escolha de assuntos de interesse mútuo, demonstrando-se paciência e atenção. Além da boa relação como ferramenta terapêutica, o ambiente é algo que precisa ser observado, receber a atenção necessário. Este deve ser bem iluminado, arejado e aconchegante, espaçoso, com pouca mobília (o excesso pode gerar acidentes), higienizado, rotineiramente, e com sons ou músicas agradáveis e relaxantes, dependendo do transtorno e das necessidades individuais (COUTINHO et al., 2020).

A partir dos achados nas tabelas supracitadas, percebeu-se que conhecimento dos familiares cuidadores foi inadequado, no que se refere ao ambiente e à relação terapêutica, pois a maioria não recebeu orientação profissional acerca dessas situações. Todavia, os que receberam souberam identificar aquilo a ser observado durante o cuidado da pessoa com transtorno mental (espaço e iluminação, higiene, arrumação e decoração, sons e música; escuta, diálogo, acolhimento e respeito mútuo), e, também, as consequências da não observação desses elementos (agitação, agressividade, mau humor, aparecimento de outras doenças, isolamento social e a falha terapêutica). A atitude foi adequada, já que observaram a importância de ambiente amplo, bem iluminado e aconchegante, com pouca mobília e sem objetos ou adornos não seguros; de colocar sons e músicas agradáveis; de priorização da higiene local; manutenção de uma postura receptiva, aberta e com escuta qualificada. A prática foi adequada. Os familiares cuidadores executavam ações para manter o ambiente e a relação terapêutica saudáveis.

A tabela 13 mostra que 182 (92,9%) familiares conheciam os sinais e sintomas da pessoa com transtorno mental em crise; 14 (7,1%), não. A maioria (61, ou 31,1%) citou a agressividade e agitação como principais sinais; 39 (19,9%) familiares declararam que a agitação era o principal sinal; para 24 (12,2%), os sinais e sintomas eram: agressividade, agitação, preocupação excessiva, pensamento de morte, tentativa de suicídio; para 17 (8,7%): agressividade, agitação, preocupação excessiva; seis (3,1%) citaram como sinais e sintomas: apatia, tristeza profunda. Também foram citados: isolamento social (2, ou 1%) e insônia (2, 1%).

É preciso conhecer a problemática para poder agir. Quando o familiar cuidador se instrui sobre determinado assunto, ele passa a buscar estratégias favoráveis à solução do mesmo. Antes de a pessoa com transtorno mental entrar em crise, ela mostra sinais e sintomas. O familiar termina por perceber esses sinais e

sintomas, devido à convivência prolongada com o transtorno mental. Braga, Pegoraro (2020) sinalizam a necessidade de apoio da equipe de saúde na orientação sobre como lidar com a crise, seja observando ou mantendo-se vigilante a sinais de perigo, seja pedindo intervenção dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Tabela 13 – Apresentação do conhecimento sobre os sinais e sintomas da pessoa com transtorno mental em crise, Sobral, Ceará, 2023.

Variáveis	N	%
1. Conhecimento dos sinais e sintomas de uma pessoa com transtorno mental em crise?		
Sim	182	92,9
Não	14	7,1
Total	196	100,0
2. Descrição dos sinais e sintomas		
Agressividade, agitação, preocupação excessiva, pensamento de morte, tentativa de suicídio	24	12,2
Apatia, tristeza profunda, pensamento de morte, tentativa de suicídio	5	2,6
Agressividade, agitação, preocupação excessiva, pensamento de morte	5	2,6
Apatia, tristeza profunda, pensamento de morte	9	4,5
Agressividade, agitação, preocupação excessiva	17	8,7
Apatia, tristeza profunda	6	3,1
Agressividade, agitação	61	31,1
Agressividade	4	2,0
Agitação	39	19,9
Preocupação excessiva	0	0,0
Apatia	2	1,0
Tristeza profunda	5	2,6
Pensamento de morte	0	0,0
Tentativa de suicídio	0	0,0
Outros	5	2,6
Total	182	92,9

Fonte: elaborado pelo autor, 2023.

Comportamentos não saudáveis (impulsivos, constrangedores, agressivos, desafiadores, adversos) desnorteiam e dificultam a relação familiar. Gonçalves (2018) explica que o familiar sofre quando dispõe de pouco ou nenhum conhecimento sobre o transtorno mental que afeta a pessoa cuidada, os sinais e sintomas durante uma crise e quando não recebe as orientações adequadas acerca do cuidado da pessoa com transtorno mental. A autora cita como ferramenta de auxílio o Grupo de Apoio Familiar (GAF), local onde os cuidadores podem trocar ideias e sugestões e conseguir informações sobre como lidar com a pessoa com transtorno mental em crise.

Giacomini et al. (2022) ressaltam que os profissionais de saúde devem seguir os princípios da Reforma Psiquiátrica (RP) e tornar cuidadores e clientes sujeitos ativos no tratamento; enfocam que é necessária a corresponsabilização entre familiares e equipe de saúde, para que juntos possam intervir na crise em saúde mental, possibilitando a redução dos episódios de crise e de medidas extremas e violentas; reforçam a importância de proporcionar aos familiares cuidadores espaços de escuta de questões, reivindicações e questionamentos, de trocas de saberes e preparação para o fortalecimento da missão que é cuidado em saúde mental.

A tabela 14 dispõe sobre as orientações de como lidar com a pessoa acometida de transtorno mental em crise; 74 (37,8%) dos participantes conheciam essas orientações; 122 (62,2%), não. Dos que conheciam, 19 (9,7%) receberam as seguintes orientações: atenção, escuta, conversa, diálogo, apoio, suporte; 16 (8,2%): atenção, escuta, conversa, diálogo, apoio, suporte, contenção verbal (falar de maneira firme), observação, vigilância; 14 (7,1%): atenção, escuta, apoio, suporte; 13 (6,7%): observação, vigilância; 7 (3,6%): conversa, diálogo; dois (2,7%): a atenção, escuta e contenção verbal; outros 3 (1,5%) afirmaram ser importantes para cessar a crise: apoio e suporte, apenas atenção e apenas suporte.

Tabela 14 – Apresentação do conhecimento sobre as orientações de como lidar com a pessoa acometida de transtorno mental em crise, Sobral, Ceará, 2023.

Variáveis	N	%
1. Recebimento de orientações sobre como lidar com uma pessoa acometida de transtorno mental em crise?		
Sim	74	37,8
Não	122	62,2
Total	196	100,0
2. Caso sim, quais orientações?		
Atenção, escuta, conversa, diálogo, apoio, suporte, contenção verbal (falar de maneira firme e direta), observação, vigilância	16	8,2
Atenção, escuta, conversa, diálogo, apoio, suporte	19	9,7
Atenção, escuta, contenção verbal	2	1,0
Atenção, escuta, apoio, suporte	14	7,1
Observação, vigilância	13	6,7
Conversa, diálogo	7	3,6
Outros	3	1,5
Total	74	37,8

Fonte: elaborado pelo autor, 2023.

É importante salientar que a pessoa com transtorno mental demonstra a proximidade da crise, por meio de comportamentos. Saldanha et al. (2021) utilizam o termo agudização dos sintomas ao se referir à crise em saúde mental. Os autores descrevem que alterações de comportamento pela fala, olhar e recusa na realização de atividades de rotina, são sugestivas de um processo de agudização dos sintomas. O familiar cuidador deve agir, nesse momento, com afeto e calma e intervir, por intermédio do diálogo, da escuta, do acolhimento e fortalecimento do vínculo interpessoal. Outras ações ajudam no processo, como práticas de atividade física, lúdica e de socialização, pois possibilitam maior interação e comunicação, melhoram a autoestima e diminuem os sintomas agudizados.

O familiar cuidador deve evitar a contenção social (trancafiar no quarto) ou física. Caso exista o medo ou a iminência de heteroagressividade e não puder utilizar-se da contenção mecânica, o mesmo deve focar na observação e vigilância. Cappi, Santos (2021) criticam o uso exacerbado de práticas manicomiais e desumanizantes, como as contenções física e química, além das internações psiquiátricas prolongadas. Os autores ainda comentam que é necessário ser desmistificado o conceito de periculosidade associado ao transtorno mental, pois o mesmo desagrega e afasta a pessoa com transtorno mental do convívio social.

Melo Diniz (2017) complementa as falas supracitadas, definindo o vínculo e o afeto como duas tecnologias leves fundamentais durante a intervenção na crise. O profissional de saúde deve orientar o familiar cuidador sobre como agir corretamente durante a crise em saúde mental, não somente focar na terapia medicamentosa. É necessário, também, o fortalecimento dos laços intrafamiliares, a fim de tornar o cuidado horizontal e democratizar as práticas em saúde mental.

Tabela 15 – Apresentação do conhecimento sobre internações e tratamento recebido pela pessoa com transtorno mental em crise, Sobral, Ceará, 2023.

Variáveis	N	%
1. A pessoa com transtorno mental foi internada alguma vez?		
Sim	93	47,4
Não	103	52,6
Total	196	100,0
2. Caso sim, qual o tratamento recebido?		
Avaliação psiquiátrica, psicoterapia, terapia ocupacional, serviço social, enfermagem, contenção física	27	29,0
Avaliação psiquiátrica, psicoterapia, serviço social, enfermagem	7	7,5
Avaliação psiquiátrica, psicoterapia, enfermagem	9	9,7
Avaliação psiquiátrica, psicoterapia, terapia ocupacional	0	0,0
Avaliação psiquiátrica, terapia ocupacional, enfermagem	2	2,2

Avaliação psiquiátrica, terapia ocupacional, administração de medicamentos	0	0,0
Avaliação psiquiátrica, psicoterapia, administração de medicamentos	17	18,3
Outros	2	2,2
Total	64	68,9
Não sabem informar	29	31,1
Total	93	100,0

Fonte: elaborado pelo autor, 2023.

É fundamental identificar as pessoas com transtorno mental com história de internação hospitalar, para entender melhor as necessidades de cuidado individual. A tabela 15 revela que 93 (47,4%) participantes pontuaram que o familiar com transtorno mental já foi internado em algum momento; 103 (52,6%), não foram. Dos internados (93, ou 100%), 27 (29%) receberam como tratamento: avaliação psiquiátrica, psicoterapia, terapia ocupacional, serviço social, enfermagem, contenção física; 17 (18,3%): avaliação psiquiátrica, psicoterapia, administração de medicamentos; sete (7,5%): avaliação psiquiátrica, psicoterapia, serviço social, enfermagem; nove (9,7%) receberam os seguintes acompanhamentos: avaliação psiquiátrica, psicoterapia, enfermagem; dois (2,2%): avaliação psiquiátrica, terapia ocupacional, enfermagem; e mais dois (2,2%) relataram outro tipo de tratamento (avaliação psiquiátrica, enfermagem, administração de medicamentos). A maioria dos participantes não cuidava de familiares com história de internação hospitalar anterior, ou não conhecia qual tipo de tratamento disponibilizado, durante a estadia no hospital.

Hiany et al. (2018) identificaram, na literatura, que o número de internações hospitalares de homens é duas vezes maior que o de mulheres. Essa problemática se deve ao fato de as mulheres procurarem atendimento e serem tratadas de maneira precoce; os homens postergam a procura, o que resulta na piora do quadro psicopatológico e na necessidade de internação psiquiátrica.

A tabela 15 evidencia número, ainda, elevado de internações em hospitais psiquiátricos. Borba et al. (2017) identificam alguns fatores relacionados: má adesão à terapia medicamentosa, o que ocasiona a agudização de sinais e sintomas; falha ao fornecer medicamentos essenciais e de alto custo, devido à quantidade insuficiente distribuída pela Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF); a informação deficiente disponibilizada ao familiar cuidador, que prefere delegar o cuidado ao serviço de saúde, devido à insegurança com as ações prestadas; falha

na articulação com a rede de atenção em saúde mental, o que dificulta a continuidade do tratamento nos serviços substitutivos, de base comunitária; e o déficit desses serviços extra-hospitalares, insuficientes para atender à demanda estabelecida.

É importante informar à família sobre a assistência hospitalar prestada. A equipe de saúde deve seguir os princípios da Reforma Psiquiátrica, trabalhar de maneira interdisciplinar, reunindo conhecimentos para promover melhor cuidado. Bezerra et al. (2018) reforçam a necessidade de a equipe pensar a assistência de maneira conjunta, discutindo cada ação, buscando atender às carências individuais e coletivas. Reforçam, também, o quão fundamental é a família estar presente em todos os momentos do cuidado, sendo informada e orientada sobre as melhores condutas a serem realizadas no seguimento pós-alta hospitalar.

Soares (2021) relata a existência de profissionais e serviços de saúde mental que ainda seguem princípios manicomiais e asilares quando se trata do cuidado da pessoa com transtorno mental. O familiar cuidador costuma ser pouco orientado sobre os cuidados no pós-alta hospitalar, o que gera aumento nas reinternações. O familiar responsável pelos cuidados em saúde mental prefere delegá-los à equipe, devido à sensação de impotência, ao medo de comportamentos agressivos e à limitação de conhecimentos. Internações prolongadas e constantes terminam por ocasionar a cronificação do transtorno, devido à ênfase na polifarmácia em detrimento da psicoterapia. Outra questão levantada por Kushnir (2016) refere-se à rotatividade elevada de profissionais em alguns serviços de saúde mental, acarretando condutas e percepções diferentes, e, posterior, dificuldades no estabelecimento do diagnóstico definitivo dos transtornos mentais apresentados.

A tabela 16 mostra as atitudes e o grau de concordância do familiar frente à crise em saúde mental; 159 (81,1%) concordam totalmente que ouvir as queixas e receios, mostrar-se tranquilo, utilizando frases curtas, na conversação, são atitudes necessárias para evitar a crise em saúde mental; 13 (6,7%), concordam em parte; 23 (11,7%), não concordam, nem discordam; 1 (0,5%) discorda totalmente; 103 (52,6%) concordaram totalmente que era inútil tentar mostrar a pessoa que o medo que sente era irreal, quando a mesma estava preocupada e com medo; dizer-lhe que não deveria se preocupar poderia fazer com que se sentisse incompreendida e sozinha, aumentando, assim, a tensão; 28 (14,2%), concordaram em parte; 45 (23%), não concordaram nem discordaram; cinco (2,5%), discordaram em parte; 15

(7,7%), discordaram totalmente; 162 (82,7%) concordaram totalmente que seria necessária uma boa vigilância quanto fazer ao risco de suicídio (objetos pontiagudos e cortantes, cordas) e atenção discreta (evitar incômodos); 10 (5,1%), concordaram em parte; 21 (10,7%), não concordaram, nem discordam; 2 (1%), discordaram em parte; um (0,5%) discordou totalmente; 172 (87,8%) concordaram totalmente que observar alimentação, hidratação, excreta (urina, fezes), perda ponderal (peso), sinais de infecção ou lesões, vestuário, padrão de sono e repouso, atividade física (estímulo), são recursos importantes para manutenção da saúde mental; 10 (5,1%), concordaram em parte; 14 (7,1%) não concordam, nem discordam; nenhum discorda.

Tabela 16 – Apresentação das atitudes e do grau de concordância do familiar frente à crise em saúde mental, Sobral, Ceará, 2023.

Variáveis		N	%
Atitudes	**Grau de concordância**		
1. Ouvir as queixas e receios. Mostrar-se tranquilo, utilizando frases curtas, com um tom de voz firme, na conversação.	Discordo totalmente	1	0,5
	Discordo em parte	0	0,0
	Não concordo, nem discordo	23	11,7
	Concordo em parte	13	6,7
	Concordo totalmente	159	81,1
	Total	196	100,0
2. Quando a pessoa está preocupada e com medo, é inútil tentar mostrar-lhe que o medo que sente é irreal. Dizer-lhe que não deve se preocupar pode com que se sinta incompreendida e sozinha, aumentando assim a tensão.	Discordo totalmente	15	7,7
	Discordo em parte	5	2,5
	Não concordo, nem discordo	45	23,0
	Concordo em parte	28	14,2
	Concordo totalmente	103	52,6
	Total	196	100,0
3. Vigilância quanto fazer ao risco de suicídio (objetos pontiagudos e cortantes, cordas) atenção discreta (evitar incômodos).	Discordo totalmente	1	0,5
	Discordo em parte	2	1,0
	Não concordo, nem discordo	21	10,7
	Concordo em parte	10	5,1
	Concordo totalmente	162	82,7
	Total	196	100,0
4. Observar alimentação, hidratação, excreta (urina, fezes), perda ponderal (peso), sinais de infecção ou lesões, vestuário, padrão de sono e repouso, atividade física (estímulo).	Discordo totalmente	0	0,0
	Discordo em parte	0	0,0
	Não concordo, nem discordo	14	7,1
	Concordo em parte	10	5,1
	Concordo totalmente	172	87,8
	Total	196	100,0
5. Estabelecer limites, após criação de confiança, a fim de evitar contenções desnecessárias.	Discordo totalmente	0	0,0
	Discordo em parte	1	0,5
	Não concordo, nem discordo	24	12,2
	Concordo em parte	16	8,2
	Concordo totalmente	155	79,1
	Total	196	100,0
6. Convide para atividades de lazer.	Discordo totalmente	2	1,0
	Discordo em parte	0	0,0
	Não concordo, nem discordo	16	8,2
	Concordo em parte	16	8,2

	Concordo totalmente	162	82,6
	Total	196	100,0
7. Cuidado ao emitir mensagens verbais e não-verbais, pois a pessoa com transtorno mental pode se tornar agressiva ao sentir ameaçada.	Discordo totalmente	2	1,0
	Discordo em parte	2	1,0
	Não concordo, nem discordo	25	12,8
	Concordo em parte	15	7,7
	Concordo totalmente	152	77,5
	Total	196	100,0
8. Manter uma conduta firme e franca com a pessoa com transtorno mental, ouvindo seus receios, para ganhar sua confiança.	Discordo totalmente	2	1,0
	Discordo em parte	1	0,5
	Não concordo, nem discordo	20	10,2
	Concordo em parte	6	3,1
	Concordo totalmente	167	85,2
	Total	196	100,0

Fonte: elaborado pelo autor, 2023.

Continuando apresentação da tabela 16, é descrito que: 155 (79,1%) concordaram totalmente que estabelecer limites, após criação de confiança, evita contenções desnecessárias; 16 (8,2%), concordaram em parte; 24 (12,2%), não concordaram nem discordaram; um (0,5%) discordou em parte; nenhum totalmente; 162 (82,6%) concordaram totalmente que o convite para atividades de lazer seria fundamental para manutenção da saúde mental; 16 (8,2%) concordaram em parte; outros 16 (8,2%), não concordaram nem discordaram; dois (1%) discordaram totalmente; 152 (77,5%) concordaram totalmente em manter o cuidado ao emitir mensagens verbais e não verbais, pois a pessoa pode se tornar agressiva ao sentir ameaçada; 15 (7,7%), concordaram em parte; 25 (12,8%), não concordaram nem discordaram; 2 (1%), discordaram em parte; 2 (1%), totalmente; 167 (85,2%) concordaram totalmente que manter conduta firme e franca com a pessoa, ouvindo receios para ganhar a confiança é importante para evitar a crise em saúde mental; seis (3,1%), concordaram em parte; 20 (10,2%), não concordaram nem discordaram; um (0,5%), discordou em parte; dois (1%) discordaram totalmente.

É fundamental que o familiar cuidador seja orientado sobre os principais cuidados em saúde mental, a fim de que a pessoa com transtorno mental possa, aos poucos, se sentir parte da sociedade, inserida, vivendo livre, sem as amarras da institucionalização do cuidado. Todavia, para que isso aconteça, é necessário o cuidador adotar postura de acolhimento, escuta qualificada, observação e vigilância de sinais de perigo (necessidades fisiológicas fragilizadas; auto e heteroagressividade) e criação de confiança. Macedo (2019) relata a necessidade de a pessoa que realiza o cuidado em saúde mental ser uma das responsáveis em intervir em determinadas questões psicossociais: sofrimento (angústia, desmotivação, afrouxamento da vitalidade); estigmatização, principalmente, através

do medo da possível heteroagressividade; no aparecimento e postergação do transtorno; natureza incapacitante do mesmo; manutenção do acompanhamento em saúde mental.

Almeida (2019) enfatiza, em estudo, o protagonismo do familiar no cuidado em saúde mental, ao definir a família como uma “unidade de saúde popular’’, aquela que está presente nos momentos felizes e nos mais difíceis de lidar, que é responsável pelo sucesso da terapêutica. Assim, a equipe de saúde deve promover o fortalecimento de relação saudável entre o familiar e a pessoa adoentada.

A tabela 17 evidencia a aplicação de práticas, a fim de evitar ou minimizar os danos causados pela crise em saúde mental. A partir dos dados coletados, percebeu-se que 137 (69,9%) familiares cuidadores sempre tentavam identificar o nível de consciência e orientação no tempo e espaço da pessoa com transtorno mental, ou seja, perguntavam dia, hora e local, a fim de constatar sinais de crise em saúde mental e intervir, posteriormente; 39 (19,9%), às vezes tentavam identificar; 20 (10,2%), nunca tentavam; 152 (77,6%) sempre observavam alimentação, higiene, sono e repouso e excreta (urina, fezes) da pessoa com transtorno mental; 34 (17,3%), às vezes observavam; 10 (5,1%), nunca observavam; 98 (50%) dos familiares sempre tentavam conversar, entender os motivos que levaram a pessoa com transtorno mental a desenvolver uma crise, ou realizar contenção verbal (repreender o comportamento inadequado), antes de procurar o serviço de saúde; 47 (24%), às vezes realizavam essa ação; 51 (26%), nunca realizavam; 22 (11,2%) dos familiares se sentiam incapazes de oferecer o cuidado necessário à pessoa com transtorno mental; 76 (38,8%), às vezes, sentiam-se incapazes; 98 (50%), nunca sentiam essa sensação de incapacidade.

Tabela 17 – Distribuição das práticas e frequência de aplicação por familiares frente à crise em saúde mental, Sobral, Ceará, 2023.

Variáveis		N	%
Práticas	**Frequência de aplicação**		
1. Você observa nível de consciência e orientação no tempo e espaço da pessoa com transtorno mental, ou seja, pergunta dia, hora e local?	Sempre	137	69,9
	Às vezes	39	19,9
	Nunca	20	10,2
	Total	196	100,0
2. Você observa alimentação, higiene, sono e repouso e excreta (urina, fezes) da pessoa com transtorno mental?	Sempre	152	77,6
	Às Vezes	34	17,3
	Nunca	10	5,1
	Total	196	100,0

3. Você tenta conversar, entender os motivos que a levaram a desenvolver uma crise, realizar contenção verbal (reprender o comportamento inadequado), antes de procurar o serviço de saúde?	Sempre	98	50,0
	Às Vezes	47	24,0
	Nunca	51	26,0
	Total	196	100,0
4. Você se sente incapaz de oferecer o cuidado necessário à pessoa com transtorno mental?	Sempre	22	11,2
	Às Vezes	76	38,8
	Nunca	98	50,0
	Total	196	100,0

Fonte: elaborado pelo autor, 2023.

Alguns familiares cuidadores sentiam-se incapazes de oferecer melhor cuidado para a pessoa com transtorno mental, pois não se prepararam o suficiente para esta tarefa; a necessidade de acompanhar o familiar doente surgiu de maneira inesperada, devido, por exemplo, ao falecimento do cuidador anterior. Por ser o familiar mais próximo, sente-se na obrigação de seguir com o cuidado em saúde mental. Esse motivo acaba sendo o responsável pela falha no tratamento e frequentes reinternações. A pessoa com transtorno mental recebe alta hospitalar e volta para um ambiente hostil e fragilizado, sem o suporte necessário, e, por isso, tende a não evoluir com melhora do quadro. Cattani et al. (2020) reforçam o papel da equipe de saúde como provedora de ações de educação em saúde, que promovam o aumento dos saberes e fortalecimento do vínculo entre o familiar e a pessoa cuidada.

Observar o nível de sensopercepção, as necessidades fisiológicas, a possível agudização dos sinais e sintomas pode desencadear sobrecarga no familiar cuidador. Essa questão pode ser trabalhada pelo profissional de saúde, por meio do instrumento chamado: Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI), que aborda as horas semanais de trabalho fora do cuidado; percepção do estado geral de saúde desse familiar; frequência do uso de bebida alcoólica e cigarro; presença de doença crônica não transmissível; quantidade de anos que cuida; e dificuldades na relação do cuidado (emocionais ou financeiras).

É relevante o uso do instrumento supracitado para ser realizado o diagnóstico precoce e poder ajudar o familiar cuidador, antes que a situação piore e fuja de controle, tornando-o impossibilitado de prestar cuidados, devido à elevada sobrecarga; transformando não apenas uma, mas duas pessoas com transtorno mental a serem cuidadas pelos serviços de saúde (SANTANA et al., 2018).

Em relação aos achados das tabelas supracitadas, constatou-se que as condutas diante dos sinais e sintomas agudizados da pessoa com transtorno mental, os familiares cuidadores apresentaram conhecimento inadequado, já que sabiam identificá-los, porém, não foram orientados sobre como lidar nessa situação, da melhor forma. Em compensação, quando ocorreram internações, os familiares cuidadores souberam identificar os tipos de atendimentos disponibilizados no hospital psiquiátrico. A atitude foi adequada, pois observou-se a necessidade de ouvir queixas e receios, não desconsiderar medo ou insegurança, vigiar quanto ao risco de suicídio, atentar-se à alimentação, higiene, sono, repouso, eliminações urinárias e intestinais, ao estabelecimento de limites, ao convite para atividades de lazer, e à manutenção de uma conduta firme e franca. A prática, também, foi adequada, à medida que foram executadas ações para evitar o desenvolvimento de uma crise em saúde mental. Vale destacar que a maioria dos familiares das pessoas com transtorno mental, que participaram do estudo, não se sentiam incapazes de oferecer o cuidado necessário em saúde mental. Esse é um aspecto que precisa ser valorizado pela equipe de saúde, pois é um dos fatores importantes para manutenção da eficácia do acompanhamento psicossocial.

Assim, percebeu-se que a inserção do familiar na vida e na gestão do cuidado, à pessoa com transtorno mental, foi efetivo, apesar das inúmeras dificuldades apresentadas (terapêutica, financeira, sociocultural, outras). Todavia, ainda, faz-se necessária a presença da equipe de saúde, fortalecendo o processo de cuidar e as relações terapêuticas (pessoa adoentada – familiar cuidador, pessoa adoentada – profissional de saúde, familiar cuidador – profissional de saúde).

Existem algumas contribuições da equipe de saúde para o processo de cuidado na Atenção Primária, direcionado à pessoa com transtorno mental e o familiar cuidador. É importante e necessário que os profissionais de saúde da Atenção Primária possam trabalhar com o apoio da equipe de matriciamento em saúde mental, a fim de viabilizar as ações de cuidado ao transtorno mental, sendo fundamental as práticas e intervenções. A família deve ser inserida na gestão do cuidado, possibilitando maior autonomia da pessoa com transtorno mental, no que se refere à vivência na comunidade, tranquila e longe de preconceitos e discriminação.

O cuidado em saúde mental, ainda, está centralizado na equipe de saúde. A família serve, apenas, como suporte, em boa parte dos casos. A literatura mostra

que ainda existe fragilidade nas orientações, na psicoeducação. Parte considerável das famílias não sabem identificar os sinais e sintomas agudizados, que podem desencadear a crise em saúde mental. Outras conhecem a sintomatologia, mas temem ser agredidas, violentadas, ao agir. Por isso, apenas, mantém a observação e vigilância, e, em casos extremos, acionam os serviços de urgência e emergência.

Santos, Bosi (2021) ressaltam que ainda existe uma compartimentalização do cuidado, no que se refere à atuação conjunta entre equipes de saúde da família e saúde mental. Persistem a referência e contrarreferência, em algumas regiões, o que demonstra uma fragilidade no apoio matricial, no que diz respeito às ações de educação permanente, troca de saberes e experiências. É necessário o fortalecimento das relações entre as equipes citadas, a fim de se concretizar ações interdisciplinares, terapêutica compartilhada e discutida em conjunto, com o intuito primordial de melhora efetiva no cuidado em saúde mental, dispensado à Atenção Primária.

Fagundes, Campos, Fortes (2021) reforçam a necessidade do apoio matricial, para o fortalecimento das ações em saúde mental, na Atenção Primária. Com o matriciamento, são realizadas consultas clínicas, discussão de casos, construção conjunta de projetos terapêuticos, discussões sobre o processo de trabalho da Equipe de Atenção Primária (eAP), intervenções no território, visitas domiciliares com a eAP. Essas ações visam desenvolvimento da clínica e de novas tecnologias, gestão do caso e qualificação do registro. Contudo, as autoras complementam relatando a insuficiência das ações de matriciamento nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), e a possibilidade de supervalorização nos registros das ações de educação em saúde, visando continuidade do repasse de recursos financeiros, enviesando, dessa maneira, o processo. Relatam, também, a não inclusão do familiar cuidador e pessoa com transtorno mental nas avaliações dos serviços. O programa de avaliação costuma observar, apenas, o acesso e acessibilidade dos serviços de saúde, quando se trata da coleta de informações.

Nesse sentido, sugerem-se ações de educação e intervenção em saúde mental. Brasil (2003) destaca a necessidade de ser trabalhada, em primeiro lugar, a saúde mental do familiar cuidador, por meio de alguns movimentos: procura pela cooperatividade (ajuda mútua); ouvir as razões do outro e expressar as suas; não empacar diante dos problemas (agir); reconhecer e aceitar os limites (procurar ajudar, caso necessite); compartilhe estresse e preocupações (alguém de confiança

ou profissional); cuidar de si próprio; comemorar cada vitória, pequenas conquistas. Posteriormente, sugere-se a aplicação de seis condutas básicas, diante de uma crise: explorar e definir o problema, baseando-se na perspectiva da pessoa com transtorno mental, observando as mensagens não-verbais (gestos, olhares); demonstrar que você se importa, através de comportamentos, atitudes e práticas; ofertar segurança, atentando-se à auto ou heteroagressividade, lançando mão de contenção verbal, a fim de alertar a pessoa cuidada sobre os perigos de suas ações; construir junto da pessoa com transtorno mental planos realistas de curto prazo, identificando recursos disponíveis e mecanismos de adaptação; obter o compromisso de seguimento dos passos possíveis e aceitáveis para a correção do problema acompanhado.

Becker, Rocha (2017) apontam a importância dos grupos de apoio, a fim de possibilitar troca de ideias, experiências, vivências, o autoconhecimento, alívio do estresse e angústia, gerados pela sobrecarga familiar; sugerem como temas a serem trabalhados nos grupos: autoestima e autoconhecimento; saúde física; família e ciclo vital; redes sociais (fomento de relações interpessoais, suporte).

Para a efetividade das ações de educação e intervenção em saúde, é preciso focar, também, na resolução das necessidades de aprendizagem das eAP. Muitos profissionais são generalistas e dispõem de pouco contato e experiência com a demanda de saúde mental, o que termina por gerar pouca investigação dos casos, medicalização precoce do transtorno mental e foco no manejo biomédico. Existe, ainda, elevada rotatividade de profissionais de saúde na Atenção Primária (AP), e a Rede de Atenção Psicossocial não é tão bem estruturada (GAMA et al., 2021).

Outra forma de trazer os familiares e pessoas com transtorno mental mais próximos do cuidado é pela educação popular, que valoriza dispositivos e tecnologias não vinculadas ao modelo biomédico, como os serviços de caráter comunitário e os ligados à cultura; e, junto com a atenção psicossocial, apresenta o compromisso em fazer ecoar vozes, historicamente, silenciadas. A educação popular, como política do Sistema Único de Saúde (SUS), possibilita a participação popular e a gestão participativa, visando a emancipação, construção compartilhada de conhecimento e de um projeto democrático e popular (DIAS, AMARANTE, 2022).

O Acompanhamento Terapêutico (AT) é um recurso facilitador no manejo do cuidado em saúde mental, pois enfoca a importância de se compreender o contexto social e familiar, as necessidades e subjetividades da pessoa com

transtorno mental, possibilitando a valorização da autonomia e presença ativa no cuidado; busca a ressignificação das práticas e saberes em saúde mental, o cuidado ampliado (biopsicossociocultural), o trabalho em conjunto para a elaboração de novas estratégias de intervenção e o fortalecimento do vínculo entre o familiar cuidador e a pessoa com transtorno mental (CUNHA; PIO; RACCIONI, 2017).

Melo (2021) retrata o AT como uma ferramenta de auxílio à emancipação da pessoa com transtorno mental, nos campos cultural, político e social. Objetiva a reabilitação psicossocial e o resgate de vínculos. É utilizada como um cuidado prolongado, ao perpassar pelos momentos de crise, acompanhando-se a evolução dos sintomas agudizados, até chegar à estabilização do quadro psíquico.

Materiais educativos, como as cartilhas, podem funcionar como uma ferramenta de apoio ao cuidado em saúde mental. São descritos como uma tecnologia leve, ou relacional, que envolve o acolhimento, vínculo, responsabilização e gestão de processos de trabalho. É uma ferramenta importante para o bom desempenho de ações educativas e do processo de cuidar (RODRIGUES et. al, 2018).

Pessoa (2019) relata que materiais educativos impressos, da área da saúde, como as cartilhas, são utilizados, com frequência, no ambiente do Sistema Único de Saúde (SUS), e costumam promover resultados significativos para os que utilizam.

Varela et al. (2017) ressalta a importância de se aliar a teoria à prática na construção das cartilhas educativas, pois a união de pesquisas e estudos científicos com o conhecimento da realidade local, ajudam os profissionais no repasse e o público-alvo na absorção dos conteúdos compartilhados, proporcionando uma melhor assistência e uma mudança na realidade do cuidado.

O uso da cartilha como um recurso tecnológico para os cuidados em saúde mental serve para melhorar ações e condutas terapêuticas, mudar paradigmas existentes que dificultam a inserção social da pessoa com transtorno mental e qualificar as relações intrafamiliares, através do repasse de conhecimentos e de possibilitar o empoderamento no processo de cuidar (FERREIRA, 2018).

O cuidado em saúde mental exige atenção, responsabilidade e conhecimento das necessidades da pessoa com transtorno mental. O uso da cartilha como ferramenta de apoio induz o cuidador a traçar metas, atingir objetivos, realizar um planejamento, a partir das diversas informações disponíveis (MOTA et al., 2018).

Fernandes, Matsukura, Lourenço (2018) reforçam que responsabilizar a família e colocá-la como protagonista do cuidado em saúde mental é uma tarefa árdua, que deve ser realizada com rigor e orientações adequadas. É necessário estimular a participação do familiar cuidador nas decisões e produção de benefícios coletivos, visando olhar integral e ampliado para o transtorno mental; promover o trabalho intersetorial e, em rede, a formação e qualificação profissional; diminuir a prática biomédica e medicalizante, aumentando o cuidado interdisciplinar.

Assim, é evidente a necessidade de mudanças no cuidado em saúde mental, de modo a viabilizar o protagonismo do familiar e da pessoa com transtorno mental, pensando juntos a melhor terapêutica, que se adapte as demandas individuais. Os profissionais da AP devem receber capacitações permanentes em saúde mental, para lidar melhor com esse público. O familiar cuidador deve ser orientado sobre a importância da manutenção do vínculo com a pessoa cuidada, e, também, da gestão conjunta com a equipe de saúde, a fim de qualificar e viabilizar um manejo do cuidado, que atenda às necessidades individuais e coletivas.

7 CONCLUSÕES

O estudo propôs-se avaliar os Conhecimentos, as Atitudes e Práticas (CAP) do familiar cuidador frente à pessoa com Transtorno Mental (TM). Os resultados mais significativos foram: maioria dos participantes eram pais da pessoa cuidada (46,9%); conheciam o tipo de TM (77,6%), o medicamento utilizado (85,7%), forma de administração (95,9%) e os horários estabelecidos (95,4%); não receberam orientações sobre o ambiente (67,9%) e relação terapêutica (55,1%) saudáveis, mas sabiam identificar o que deveria ser observado para mantê-los assim; conheciam os sinais e sintomas de uma crise (92,9%), mas não receberam informações sobre como lidar (62,2%), a fim de evitar prejuízos; apresentaram dificuldades no cuidado (54,6%), mas não se sentiam incapazes de oferecê-lo da melhor forma (50%). O CAP dos familiares cuidadores foram adequados, em relação ao cuidado e autocuidado. O conhecimento foi inadequado, no que se refere ao ambiente e à relação terapêutica. Em relação às condutas diante dos sinais e sintomas agudizados em saúde mental (SM), apresentaram conhecimento inadequado.

Percebeu-se limitação de estudos que utilizassem o inquérito CAP relacionado ao TM. Parte considerável avaliava ações de cuidado direcionadas às

doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes e hipertensão, mas abordavam outras temáticas: planejamento reprodutivo, higiene oral, arboviroses. É um recurso utilizado por várias categorias profissionais, como a enfermagem, medicina, nutrição, fisioterapia e odontologia. Todavia, o uso desse recurso é limitado em relação à SM.

A elaboração do inquérito baseou-se em instrumento validado e foi complementado com as orientações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde do Brasil. O instrumento foi dividido em três domínios. No domínio I, avaliaram-se o cuidado e autocuidado da pessoa com TM. No II, o ambiente e a relação terapêutica. No III, as condutas diante de uma pessoa com TM em crise. Em cada domínio, identificaram-se, a partir das respostas, o CAP do familiar cuidador da pessoa com TM, e os mesmos classificados em adequado ou inadequado. Utilizou-se da amostragem por conveniência, além de uma abordagem quantitativa, a fim de coletar dados a serem utilizados em futuro próximo; e os resultados foram processados, pelos testes qui-quadrado, ou razão de verossimilhança, utilizando-se do aplicativo científico licenciado *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 20.0.

Desenvolveram-se categorias temáticas e tabelas para análise e discussão dos resultados. A primeira categoria destacou os achados do inquérito CAP, relacionados ao cuidado e autocuidado, ambiente e relação terapêutica, e as condutas diante de uma crise em SM (agudização dos sinais e sintomas). A segunda demonstrou se o CAP do familiar cuidador era adequado ou não. A terceira trouxe algumas contribuições do profissional de saúde para melhoria do manejo em SM.

O estudo constatou que a mulher (especificamente, a mãe) é a principal cuidadora da pessoa com TM, muitas são idosas e submetem-se a essa função pelo fato de serem consideradas provedoras de cuidados, aquela que gesta, gera e protege o filho, responsabiliza-se pelos cuidados da casa, dos filhos, do companheiro e, algumas vezes, dos netos. Maioria dos cuidadores apresentou baixa escolaridade, o que pode ser empecilho no manejo terapêutico; conheciam o TM do familiar, porém, relataram bastante dificuldade em auxiliar a execução das atividades básicas e instrumentais de vida diária, o que pode ocasionar sobrecarga, com o passar do tempo, seja ela emocional ou financeira; sabiam o tipo de medicamento, a forma e os horários de administração; estimulavam o autocuidado; conheciam a importância de um ambiente limpo, organizado, confortável, e de relação terapêutica saudável, em que predominou a escuta, o diálogo e o acolhimento, porém, os

mesmos relataram que não existiram orientações de profissionais de saúde sobre a necessidade de preservá-los; conseguiam identificar os sinais e sintomas de uma crise em SM, mas não foram orientados sobre como lidar com essa situação, reagindo, apenas, com observação e vigilância, e, em último caso, solicitando serviços de urgência e emergência, quando existiam riscos de vida para si ou terceiros.

Constatou-se que a maioria das pessoas com TM, incluídas no estudo, não foram internadas, anteriormente. Esse fato pode indicar que houve sucesso na utilização dos serviços extra-hospitalares ou comunitários. Maioria dos familiares das pessoas, com histórico de internação anterior, destacaram que foram informados sobre o percurso da internação e acerca dos tratamentos fornecidos (boa parte foi acompanhada por uma equipe interdisciplinar, formada por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais). Alguns não souberam informar qual o tratamento fornecido ao familiar internado, o que sugere falha de comunicação entre o profissional de saúde e o familiar cuidador.

Percebeu-se, no geral, a vigilância e o monitoramento do familiar cuidador em relação ao bem-estar da pessoa com TM, já que foi relatada preocupação em atender às necessidades dessa pessoa (alimentação, higiene, sono, repouso, urina e excreta; lazer; manutenção da espiritualidade e rituais religiosos). Maioria dos familiares, também, disseram não se sentir incapazes de fornecer o cuidado necessário ao familiar com TM, apesar das dificuldades encontradas pelo caminho.

Sugeriram-se algumas condutas que podem facilitar o manejo em SM: escuta qualificada, diálogo, acolhimento, respeito mútuo; psicoeducação e participação do familiar cuidador em grupos de apoio, para troca de experiências; estímulo ao autocuidado; manutenção de um ambiente saudável e aconchegante; cuidado ampliado, visando atenção holística; observação e vigilância, prevenindo comportamentos auto e heteroagressivos, e ameaças à vida.

Diante de uma crise em SM, indicou-se a aplicação de seis condutas: exploração e definição do problema; observação de mensagens não verbais (gestos, olhares); demonstração de comprometimento com as atividades de cuidado; oferta de segurança, utilizando contenção verbal, quando necessário, a fim de alertar sobre os perigos de determinadas ações; construção conjunta de planos de curto prazo; identificação de recursos disponíveis e mecanismos de adaptação às dificuldades enfrentadas; obtenção do compromisso de seguimento dos passos

possíveis e aceitáveis para administrar o problema acompanhado, de uma maneira eficiente.

Destacou-se a importância de ser trabalhada a SM do familiar cuidador, por meio do seguimento de alguns passos: procura pela cooperatividade (ajuda mútua); ouvir as razões do outro e expressar as suas; agir diante dos problemas encontrados, mantendo-se a persistência; reconhecer e aceitar os limites, procurando ajuda e conselho de terceiros, caso necessite; compartilhar estresse e preocupações, com um parceiro, pessoa próxima ou profissional); cuidar de si; comemorar cada vitória.

Evidenciou-se que a gestão do cuidado deve ser conjunta entre a equipe de saúde e o familiar cuidador, sendo necessário repassar o protagonismo a esse familiar, objetivando o fim da terapêutica institucionalizada. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) deve, também, fornecer capacitações regulares às equipes de Atenção Primária, a fim de que esse conhecimento seja redirecionado ao familiar.

Assim, é inegável a importância do estudo em questão para o enriquecimento da literatura sobre inquérito CAP, posterior elaboração de material educativo para fortalecer as ações em saúde mental e ajudar o familiar a ofertar melhor cuidado, livre de preconceitos e pensamentos segregantes.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Josiane Cunha. As relações familiares de pacientes com transtorno de personalidade borderline. **Revista Ciência (In) Cena**. On-line ISSN 2317-0816, v. 1, n. 8. Salvador – Bahia, 2019. Disponível em: https://estacio.periodicoscientificos.com.br/index.php/cienciaincenabahia/article/view/869/774. Acesso em: 18 fev. 2023.

ALMEIDA, Maria Helena Santos; MENDONÇA, Érika de Sousa. Um olhar à família: ressonâncias psicossociais em familiares que convivem com uma pessoa em situação de transtorno mental. **Barbarói**, n. 49, p. 01-24, 12 dez. 2017. Disponível em: https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/6617. Acesso em: 12 fev. 2023.

ALVES, Tarcísia Castro; OLIVEIRA, Walter Ferreira de; VASCONCELOS, Eduardo Mourão. A visão de usuários, familiares e profissionais acerca do empoderamento em saúde mental. **Physis** [periódico da Internet]. 2013 jan-mar; 23(1): [cerca de 21 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n1/04.pdf. Acesso em: 12 mar. 2022.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2018, v. 23, n. 6, pp. 2067-2074. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018. Acesso em: 6 mar. 2022.

ANDRADE, Jaciquely José da Costa et al. Family functionality and burden of family caregivers of users with mental disorders. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 5, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/hK4cPr55fCT4Bf73yZ7bc9y/?lang=en. Acesso em: 12 fev. 2023.

ARAUJO, I. et al. Perceção do apoio familiar do idoso institucionalizado com dependência funcional. **Enferm. univ**, Ciudad de México, v. 14, n. 2, p. 97-103, jun. 2017. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632017000200097&lng=es&nrm=iso. Acesso em 12 fev. 2023.

ASSUNÇÃO, Wildson Cardoso et al. O tratamento de sintomas de ansiedade baseado na música e Terapia Cognitivo-Comportamental. **Educação, Psicologia e Interfaces**, v. 4, n. 1, p. 127-143, jan-mar., 2020. Disponível em: https://educacaoepsicologia.emnuvens.com.br/edupsi/article/view/195. Acesso em: 10 fev. 2023.

BANDEIRA, Marina; CALZAVARA, Maria Gláucia Pires; VARELLA, André Augusto Borges. Escala de sobrecarga dos familiares de pacientes psiquiátricos: adaptação transcultural para o Brasil (FBIS-BR). **J Bras Psiquiatr 2005**; 54 (3): 206-214.
BECKER, Ana Paula Sesti; ROCHA, Natália Lorenzetti da. Ações de promoção de saúde em sala de espera: contribuições da Psicologia. **Mental**, Barbacena, v. 11, n. 21, p. 339-355, dez. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000200004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 fev. 2023.

BESSA, Jaqueline Botura; WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini. Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. **Texto & Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v. 22, n. 1, p. 61-70, jan-mar, 2013. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/714/71425827027.pdf. Acesso em: 30 nov. 2019.

BEZERRA, Eduardo Breno Nascimento et al. O trabalho de equipes interdisciplinares nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 169-188, 2018. Disponível em: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=451858897010. Acesso em: 6 fev. 2023.

BORBA, Letícia de Oliveira et al. **A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 45, n. 2, p.

442-449, abr. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 nov. 2019.

BORBA, Letícia de Oliveira et al. Perfil do portador de transtorno mental em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial**. Reme: Rev. Min. Enferm.** vol. 21 Belo Horizonte, 2017. Epub 03-Ago-2017. Disponível em: https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1146. Acesso em: 6 fev. 2023.

BRAGA, Raissa de Brito; PEGORARO, Renata Fabiana. Internação psiquiátrica: o que as famílias pensam sobre isso? **Revista Psicologia e Saúde** [Internet], v. 12, n.1, p. 61-73, jan-abr. 2020. Disponível em: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=609864065005. Acesso em: 18 fev. 2023.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Planalto, 2020a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 8 fev. 2023.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Benefício de Prestação Continuada**. Brasília, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/assistencia-social/beneficios-assistenciais/beneficio-assistencial-ao-idoso-e-a-pessoa-com-deficiencia-bpc. Acesso em: 6 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que significa ter saúde?** Saúde Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-me-exercitar/noticias/2021/o-que-significa-ter-saude. Acesso em: 8 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Profissionalização de auxiliares de enfermagem: cadernos do aluno: saúde mental.** Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. – 2. ed., 1.a reimpr. - Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de Atenção Psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf. Acesso em: 22 fev. 2022.

BRUSAMARELLO, Tatiana et al. Famílias no cuidado à saúde de pessoas com transtorno mental: reflexos do modelo de assistência. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 10, n. 3, p. 441-449, set/dez, 2017. Disponível em: https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5993/3127. Acesso em: 14 fev. 2023.

CAÇADOR, Beatriz Santana et al. Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. **Reme: Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 19, n. 3, p. 612-619, set. 2015. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622015000300007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 8 jun. 2021.

CAPPI, Ana Carla Bento Sabeh; SANTOS, Edirlei Machado dos. Desafios na atenção à crise em saúde mental no contexto da rede de atenção psicossocial. **Saúde Mental**, p. 23-34, 2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/lilia-cavalcante/publication/350552875_institucionalizacao_e_isolamento_social_reflexoes_acerca_da_saude_mental_de_criancas_e_adolescentes/links/60c4a7da4585157774cd8c7e/institucionalizacao-e-isolamento-social-reflexoes-acerca-da-saude-mental-de-criancas-e-adolescentes.pdf#page=115. Acesso em: 10 fev. 2023.

CARVALHO, Isabelle Christine Nunes de et al. Educational technology: Nursing and educational games in health education. **Research, Society and Development**, *[S. l.]*, v. 10, n. 7, p. e18710716471, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i7.16471. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/16471. Acesso em: 18 fev. 2023.

CARVALHO, Rafaela Cássia Neves; NANTES, Rosângela Fernandes; COSTA, Márcio Luís. Estratégia familiar de cuidado em saúde mental. **Brazilian Journal of Development,** Curitiba, v.6, n.7, p. 50256-50271, jul.2020. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/13772/11528. Acesso em: 10 fev. 2023.

CATTANI, Ariane Naidon et al. Família que convive com pessoa com transtorno mental: genograma e ecomapa. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 10, p. 1-19,

2020. Disponível em: https://core.ac.uk/download/pdf/287358089.pdf. Acesso em: 8 fev. 2023.

CORRÊA, Sandra Mara. **Yoga no quotidiano de cuidado às pessoas com transtorno mental e suas famílias:** uma estratégia sensível para promoção da saúde em um hospital psiquiátrico. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Florianópolis, Santa Catarina, 2020.

COSTA, Kaliano Márcio de Queiroz; GÓES, Rachel Medeiros de; MORAIS, Maria Mabel Nunes de. A influência dos aspectos subjetivos na adesão ao tratamento do transtorno bipolar: uma revisão sistemática. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 70, n. 4, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/snfCwdwYFHt6rPywxydcdJQ/?lang=pt. Acesso em: 10 fev. 2023.

COUTINHO, Juliana de Souza Lima et al. Compreensão da relação entre a saúde mental do idoso e seu ambiente familiar: uma revisão integrativa/Understanding the relationship between the mental health of the elderly and their family environment: an integrative review. **Brazilian Journal of Health Review**, *[S. l.]*, v. 3, n. 4, p. 10559–10572, 2020. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/15122. Acesso em: 12 fev. 2023.

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira; GONÇALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. 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, p. e00285117, 2020.

CUNHA, Amanda Candeloro; PIO, Danielle Abdel Massih; RACCIONI, Thaís Munholi. Acompanhamento Terapêutico: concepções e possibilidades em serviços de Saúde Mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. 3, jul-set, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pcp/a/45VS7XkkJQWGhYmpX69BDLy/?lang=pt. Acesso em: 16 fev. 2023.

CZARNOBAY, Juliana et al. Uso de psicofármacos pelo portador de transtorno mental: percepções do enfermeiro. **Cogitare Enfermagem,** v. 23, n. 1, e52149, 2018, Universidade Federal do Paraná. Disponível em: https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=483660070011. Acesso em: 8 fev. 2023.

DEMARCO, Daiane de Aquino; JARDIM, Vanda Maria da Rosa; KANTORSKI, Luciane Prado. Perfil dos familiares de usuários de Centros de Atenção Psicossocial: distribuição por tipo de serviço. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 3, p. 732–737, 2017. Disponível em: http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/5498. Acesso em: 29 jan. 2023.

DIAS, João Vinícius dos Santos; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Educação popular e saúde mental: aproximando saberes e ampliando o cuidado. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 132, jan. 2022. Disponível em:

https://www.scielo.br/j/sdeb/a/sN8NWvCCgYzhM9ZPNkbtpSG/?lang=pt. Acesso em: 16 fev. 2023.

DIAS, Patricia et al. Bem-estar, qualidade de vida e esperança em cuidadores familiares de pessoas com esquizofrenia. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 23, p. 23-30, jun. 2020. Disponível em: http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602020000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 29 jan. 2023.

ELOIA, Sara Cordeiro et al. Sobrecarga de cuidadores familiares de pessoas com transtornos mentais: análise dos serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2018, v. 23, n. 9, pp. 3001-3011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/vrjsJFgtp8Gq4FqyMB5kXdR/?format=pdf&lang=pt.18252016. Acesso em: 4 out. 2021.

FAGUNDES, Giselle Soares; CAMPOS, Monica Rodrigues; FORTES, Sandra Lúcia Correia Lima. Matriciamento em Saúde Mental: análise do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico na Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 26, n. 6, pp. 2311-2322. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.20032019. Acesso 14 fev. 2023.

FERNANDES, Amanda Dourado Souza Akahosi; MATSUKURA, Thelma Simões; LOURENÇO, Mariana Santos De Giorgio. Mental health care practices in Primary Health Care: identifying researches in the brazilian context. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 26, n. 4, out. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cadbto/a/MTbV9DVkbFzfJNQFXTtR4Xq/?lang=pt. Acesso em: 18 fev. 2023.

FERREIRA, Joana Teresa Morgado Alves et al. Problemas dos cuidadores de doentes com esquizofrenia: A sobrecarga familiar. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental** (19), 08-16, jun. 2018. Disponível em: https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/18064. Acesso em: 29 jan. 2023.

FERREIRA, Adilson Rocha. **Exergames e saúde mental: uma pesquisa-intervenção em um CAPS na cidade de Maceió.** Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de Alagoas. Alagoas, 2018.

FLORES, Douglas. A importância dos profissionais de saúde na desinstitucionalização do estigma dos sujeitos com transtornos mentais. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 23, p. 41-46, jun. 2020. Disponível em: http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602020000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 fev. 2023.

GAMA, Carlos Alberto Pegolo da et al. Os profissionais da Atenção Primária à Saúde diante das demandas de Saúde Mental: perspectivas e desafios. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, Interface (Botucatu), 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/ngR3KBLS6xBNvHGNGjscJ9S/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 16 fev. 2023.

GIACOMINI, Kálita et al. Desafios da família no cuidado da pessoa com transtorno mental: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 6. Disponível em: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i6.28816. Acesso em: 8 fev. 2023.

GOMES, Crystian Moraes Silva; SILVA, Ana Raquel; OLIVEIRA, Jonaina Fiorim Pereira de. Grupo de educação em saúde para pessoas com esclerose lateral amiotrófica, seus familiares e cuidadores. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 9, p. 323-333, 2021. Disponível em: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497969745014. Acesso em: 18 fev. 2023.

GOMES, Maria Lovâni Pereira; SILVA, José Carlos Barboza da; BATISTA, Eraldo Carlos. Escutando quem cuida: quando o cuidado afeta a saúde do cuidador em saúde mental. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 10, n. 1, p. 03-07, abr. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177093X2018000100001&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 8 jun. 2021.

GONÇALVES, Grenia Sene Campos. **Família e Transtorno Mental:** dilemas no acompanhamento e no cuidado. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Bacharelado em serviço social. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, Santa Catarina, 2018.

GOULART FILHO, Rômulo César Afonso. **Postura corporal e hábitos escolares:** intervenção educativa para melhoria do conhecimento, atitude e prática de adolescentes. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Universidade Estadual Vale do Acaraú/Centro de Ciências da Saúde. Sobral – Ceará, 2016.

GUERRA, Heloísa Silva et al. A sobrecarga do cuidador familiar. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, 30(2): 179-186, abr./jun., 2017. Disponível em: https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6043/pdf. Acesso em: 16 jul. 2021.

HENRIQUES, Renata da Trindade Meira; CABANA, Maria Cristina Fonsêca de Lima; MONTARROYOS, Ulisses Ramos. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e sua associação com a sobrecarga em cuidadores familiares de idosos. **Mental**, Barbacena, v. 12, n. 22, p. 35-52, jun. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272018000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 6 fev. 2023.

HIANY, Natália et al. Perfil Epidemiológico dos Transtornos Mentais na População Adulta no Brasil: uma revisão integrativa. **Rev. Enferm. Atual in Derme** [Internet]; abr. 2020; 86 (24). Disponível em: https://www.revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/676. Acesso em: 8 fev. 2023.

JORDÃO, Tiago; PERGENTINO, Eva França. Mudanças na cultura do cuidado em saúde mental e as repercussões para adesão ao tratamento. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.10, n.27, p.71-101, 2018. Disponível em: https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68831/41447. Acesso em: 8 fev. 2023.

KALIYAPERUMAL, K. Guideline for conducting a knowledge, attitude and practice (KAP) study. **AECS Illumination**, v.4, n.1, p.7-9, jan-mar, 2004. Disponível em: https://v2020eresource.org/content/files/guideline_kap_Jan_mar04.pdf. Acesso em: 12 mar. 2022.

KEBBE, Leonardo Martins et al. Cuidando do familiar com transtorno mental: desafios percebidos pelos cuidadores sobre as tarefas de cuidar. **Saúde em Debate** [online]. 2014, v. 38, n. 102, pp. 494-505. Disponível em: https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140046. Acesso em: 4 out. 2021.

KUSHNIR, Camila Quinteiro. O processo de cronificação em saúde mental: quando os estados-limite configuram uma adição de transferência. **Cad. Psicanál. (CPRJ)**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 35, p. 85-97, jul./dez. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cadpsi/v38n35/v38n35a05.pdf. Acesso em: 6 fev. 2023.

LINS, Aryadne Castelo Branco Correia; RODRIGUES, Cleide Maria Batista; FERREIRA, Verônica Maria. As mulheres no contexto de cuidado da pessoa com transtorno mental. **Cadernos de Estudos Sociais e Políticos**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 15, 2019. Disponível em: file:///C:/Users/user/Desktop/39471-173302-1-PB.pdf. Acesso em: 6 fev. 2023.

LOPES, Claudia de Souza. Como está a saúde mental dos brasileiros? A importância das coortes de nascimento para melhor compreensão do problema. **Cad. Saúde Pública** [editorial], v. 36, n. 2, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/WwQjPXP47HByZVtpHvvZXBh/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 8 fev. 2023.

LUZ, Lúcia Fabiane da Silva. **Avaliação da associação do delirium com cognição, capacidade funcional e qualidade de vida em pacientes críticos.** Dissertação (Mestrado em Saúde e Desenvolvimento Humano). Centro Universitário La Salle Canoas. Canoas, Rio Grande do Sul, 2017. Disponível em: http://repositorio.unilasalle.edu.br/bitstream/11690/708/1/lfsluz.pdf. Acesso em: 8 fev. 2023.

MACEDO, Ermelinda. **Pessoas com doença mental em suas casas:** um olhar sobre a observação e frases ditas. Editora Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, 2019. Disponível em: https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/60990. Acesso em: 10 fev. 2023.

MAGALHAES, Kelly Pinheiro et al. A saúde psíquica na atenção domiciliar: um estudo com cuidadores de pacientes. **Rev. psicol.**, Santiago, v. 28, n. 1, p. 69-78, jun. 2019. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-05812019000100069&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 29 jan. 2023.

MAIA, Lorena Duarte Lopes. Os princípios da Bioética. Biodireito. **Revista Âmbito jurídico**. São Paulo, nº 158, 1 mar. 2017. Disponível em: https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-158/os-principios-da-bioetica/. Acesso em: 22 fev. 2022.

MARINHO, Luiz Alberto Barcelos et al. Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas em centros de saúde. **Revista de Saúde Pública** [online]. 2003, v. 37, n. 5, pp. 576-582. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0034-89102003000500005. Acesso em: 15 mar. 2022.

MATOS, Arminda Dinis et al. A influência da comunicação terapêutica em enfermagem na transição para o estatuto familiar-cuidador: uma scoping review. **Revista da UI_IPSantarém**, *[S. l.]*, v. 8, n. 1, p. 31-41, 2020. DOI: 0.25746/ruiips.v8.i1.19876. Disponível em: https://revistas.rcaap.pt/uiips/article/view/19876. Acesso em: 18 fev. 2023.

MELO, Aline Honorato Bandeira. **Acompanhamento terapêutico em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no município de Maceió: um relato de experiência.** 2022. 13 f. Trabalho de Conclusão (Bacharelado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Curso de Psicologia, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2021. Disponível em: http://www.repositorio.ufal.br/jspui/handle/123456789/9417. Acesso em: 30 abr. 2023.

MELO DINIZ, Alexandre. Projeto Terapêutico Singular na Atenção à Saúde Mental: tecnologias para o sujeito em crise. **SANARE – Revista de Políticas Públicas**, *[S. l.]*, v. 16, n. 1, 2017. Disponível em: https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1088. Acesso em: 10 fev. 2023.

MENDES, Isabel Amélia Costa et al. Avaliação da empatia de graduandos de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, 2021. Disponível em: https://acta-ape.org/en/article/empathy-assessment-among-nursing-undergraduates/. Acesso em: 18 fev. 2023.

MONIZ, Ana Suzete Baessa et al. Necessidades das famílias caboverdianas que convivem com o transtorno mental. **Esc. Anna Nery** 2020; 24(2). Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/8NpSGbz56rF9xF9sbY6LTQK/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 8 fev. 2023.

MOREIRA, Andréa Carvalho Araújo. **Intervenção educativa para melhoria do conhecimento, atitude e prática do cuidador domiciliar de idosos**. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Doutorado em Enfermagem, Fortaleza, 2015.

MOREIRA, Andréa Carvalho Araújo et al. Desempenho funcional de idosos com transtornos mentais. **Enferm. Foco** 2020;11 (5): 136-43. Disponível em: http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4373/1037. Acesso em: 8 fev. 2023.

MOTA, Daniele de Norões et al. Tecnologias da informação e comunicação: influências no trabalho da estratégia Saúde da Família. **J. Health Inform.** 2018 abril-junho; 10(2): 45-9. Disponível em: http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/563. Acesso em: 9 abr. 2023.

MUSSI, Ricardo Franklin de Freitas et al. Pesquisa Quantitativa e/ou Qualitativa: distanciamentos, aproximações e possibilidades. **Revista Sustinere**, *[S.l.]*, v. 7, n. 2, p. 414-430, jan. 2020. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/41193/32038. Acesso em: 22 fev. 2022.

NASCIMENTO, Larissa Alves do; LEÃO, Adriana. Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.26, n.1, jan-mar. 2019, p.103-121. Disponível em: https://www.scielo.br/j/hcsm/a/sNMq8fztJLGCfvsQ47ckrSn/abstract/?lang=pt. Acesso em: 8 jun. 2021.

OCHOA, Carlos. **Amostragem não probabilística:** Amostra por conveniência. Nequest, 21 out. 2015. Disponível em: https://www.netquest.com/blog/br/blog/br/amostra-conveniencia. Acesso em: 12 fev. 2023.

OLIVEIRA, Eliany Nazaré et al. A família não é de ferro: ela cuida de pessoas com transtorno mental. **Rev. Fund. Care Online**, 9 (1): 71-78, jan-mar, 2017. Disponível em: http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/4340. Acesso em: 6 fev. 2023.

OLIVEIRA, Maria Liz Cunha de et al. Conhecimento, atitude e prática: conceitos e desafios na área de educação e saúde. **Revista Educação em Saúde 2020**; 8 (1): 190-198. Disponível em: http://periodicos.unievangelica.edu.br/index.php/educacaoemsaude/article/view/4426/3277. Acesso em: 26 fev. 2022.

OLIVEIRA, Stefan Vilges de; LIMONGI, Jean Ezequiel. Conhecimentos, atitudes e práticas em saúde: um método epidemiológico preliminar nas abordagens de comunicação em saúde. **Journal Health NPEPS.** 2020 jan-jun; 5 (1): 14-19. Disponível em: https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/download/4530/3561. Acesso em: 14 mar. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Folha informativa – Transtornos mentais.** OMS, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5652:folha-informativa-transtornosmentais&Itemid=839. Acesso em: 30 mai. 2021.

PEDROSA, Rubia Eliza de Lima. **Análise do bem estar do cuidador familiar de pessoa com transtorno mental no município de São Francisco do Glória**. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa. Viçosa, Minas Gerais, 2021.

PESSOA, Camila de Oliveira Prata. **Construção e validação de tecnologia educacional para a coparticipação dos pais na promoção do aleitamento materno**. Dissertação (Mestrado profissional em Saúde da Família) – Universidade Estadual do Ceará. Ceará, 2019.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PORTUGAL. Ministério da Educação. Instituto Nacional do Desenvolvimento da Educação. **Manual do aplicador do estudo CAP**. Pathfinder International. Lisboa, jun. 2002.

RENAULT, Letícia; PASSOS, Eduardo. Do Isolamento à Cogestão: A Gestão Autônoma da Medicação (GAM) com Familiares. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 42, p. 1-15, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pcp/a/66trwBPCmQkdcLRFBYjdYvh/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 10 fev. 2023.

RIBEIRO, Melck Kelly Piastrelli et al. Equidade na cobertura dos gastos com saúde pelo Sistema Único de Saúde de pessoas com indicativos de transtornos mentais comuns no município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbepid/a/SbbXYTbchXpNf89zHKQg8GF/?lang=pt. Acesso em: 29 jan. 2023.

ROCHA, Tiago Humberto Rodrigues; PAULA, João Gabriel de; CASTRO, Felipe Caldeira. Laços e histórias: a reforma psiquiátrica e as relações afetivas entre familiares de sujeitos psicóticos. **Vínculo**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 95-105, abr. 2021. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902021000100013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 jul. 2021.

RODRIGUES, Kátia Alves Ferreira et al. Adesão da mulher hipertensa ao estilo de vida saudável – uma tecnologia educativa em saúde. **Campo Abierto**, v. 37, n. 1, p. 107-118, 2018. Disponível em: https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1305. Acesso em: 30 abr. 2023.

RODRIGUES, Vítor et al. Solidão no idoso institucionalizado com dependência funcional. **Motricidade**, v. 15, n. 4, pp. 36-40, 2019. Disponível em: https://revistas.rcaap.pt/motricidade/article/view/20137. Acesso em: 12 fev. 2023.

SALDANHA, Viviane Segabinazzi et al. Nursing care for the elderly women with mental disorders in a long-term institution. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 3, p. e16610313122, 2021. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13122. Acesso em: 10 fev. 2023.

SANTANA, Matheus Souza et al. Sobrecarga dos cuidadores familiares de idosos com dependência funcional. **Revista Kairós – Gerontologia,** 21 (1), 337-353, 2018. Disponível em: https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/39799/26925. Acesso em: 10 fev. 2023.

SANTOS, Alessandra. **IBM SPSS como ferramenta de pesquisa quantitativa**. Programa de estudos pós-graduados em administração. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP. São Paulo, agosto de 2018. Disponível em: https://www.pucsp.br/sites/default/files/download/posgraduacao/programas/administracao/IBM-SPSS-como-ferramenta%20de-pesquisa-quantitativa-alexandra-santos.pdf. Acesso em: 14 fev. 2023.

SANTOS, João Paulo Lima et al. Perfil dos cuidadores de pacientes com transtornos mentais do Hospital Universitário Walter Cantídio. **Rev. Med. UFC, Fortaleza**, v. 58, n. 2, p. 14-18, abr./jun. 2018. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/34143. Acesso em: 29 jan. 2023.

SANTOS, Marilene V.; MAESTRE, Marina R. Bullying escolar: uma análise de caso por meio da estatística. **Sigmae**, Alfenas, v.8, n,2, p. 411-417. 2019. Disponível em: http://publicacoes.unifal-mg.edu.br/revistas/index.php/sigmae/article/view/998/714. Acesso em: 14 fev. 2023.

SANTOS, Roseléia Carneiro dos; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Saúde Mental na Atenção Básica: perspectivas de profissionais da Estratégia Saúde da Família no Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 5, p. 1739–1748, maio 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/smZzDbKRH67VRrbYjsXMmPP/abstract/?lang=pt#. Acesso em: 30 abr. 2023.

SANTOS, Solange Laurentino dos, CABRAL, Ana Catarina dos Santos Pereira, AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva. Conhecimento, atitude e prática sobre dengue, seu vetor e ações de controle em uma comunidade urbana do Nordeste. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2011, v. 16, suppl 1, pp. 1319-1330. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700066. Acesso em: 20 mar. 2022.

SILVA, Alice Araújo et al. Transtornos mentais crônicos e cuidados paliativos: a prática de terapeutas ocupacionais. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 2, 2021. Disponível em: https://www.redalyc.org/journal/4979/497971651004/497971651004.pdf. Acesso em: 12 fev. 2023.

SILVA, Daniel Augusto da; MARCOLAN, João Fernando. The impact of family relationships in the suicidal behavior. **Research, Society and Development**, *[S. l.]*, v. 10, n. 2, p. e17310212349, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i2.12349. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12349. Acesso em: 12 fev. 2023.

SILVA, Esmael Marinho da; REIS, Deyvylan Araújo. Construção de uma cartilha educativa para familiares cuidadores sobre cuidado domiciliar ao idoso dependente Amazônico. **Enferm Foco.** 2021;12 (4): 718-26. Disponível em: http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4491. Acesso em: 18 fev. 2023.

SILVA, Maria et al. Ansiedade associada ao desempenho do papel de cuidador familiar de pessoa dependente. **Revista de Investigação & Inovação em Saúde**, vol. 4, núm. 2, 2021 Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha de Oliveira

de Azeméis, Portugal. Disponível em: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=677772687006. Acesso em: 29 jan. 2023.

SILVA, Roquelina Câmara et al. Transtorno Afetivo Bipolar: terapêuticas, adesão ao tratamento e assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Saúde Funcional**, v.1, n.1, jun. 2017. Disponível em: https://adventista.emnuvens.com.br/RBSF/article/view/848/669. Acesso em: 8 fev. 2023.

SOARES, Fabiane. **Mitos que permeiam pacientes acometidos por transtornos mentais:** achados de uma revisão de literatura. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Bacharelado em enfermagem. Faculdade de Educação e Meio Ambiente (FAEMA). Ariquemes, Rondônia, 2020.

SOBRAL. Prefeitura de Sobral. **A cidade: História.** Sobral, 2021a. Disponível em: https://sobral.ce.gov.br/a-cidade/historia. Acesso em: 28 set. 2021.

SOBRAL. Prefeitura de Sobral. Coordenadoria da Atenção Especializada. **Projeto Técnico: CAPS II – Damião Ximenes Lopes.** Rede de Atenção Integral à Saúde Mental. Sobral, 2020.

SOBRAL. Secretaria Municipal da Saúde – SMS. **Relatório de Gestão 2020.** Sobral, 2021b.

SOMBRIO CARDOSO, Alexandra et al. Representações sociais da família na contemporaneidade: uma revisão integrativa. **Pensando fam.**, Porto Alegre, v. 24, n. 1, p. 29-44, jun. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2020000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 9 abr. 2023.

SOUSA FILHO, Carlos de; FERREIRA NETO, João Leite. Transtornos Mentais Graves na Atenção Básica: Experiências de Profissionais de Equipes da Saúde da Família. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 13, n. 3, 2021, julho-set, pp. 99-115. Universidade Católica Dom Bosco, Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia. Disponível em: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=609869746009. Acesso em: 10 fev. 2023.

TREVISO, Patrícia et al. Competências do enfermeiro na gestão do cuidado. **Rev. Adm. Saúde**, v. 17, n. 69, out-dez, 2017. Disponível em: https://www.cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/59/78. Acesso em: 22 jan. 2023.

UCHOA, Verediana Sousa et al. Fatores associados a sintomas depressivos e capacidade funcional em idosos. **Cogitare enferm.** [Internet], 2019. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/60868. Acesso em: 8 fev. 2023.

VARELA, Ana Inêz Severo et al. Cartilha educativa para pacientes em cuidados paliativos e seus familiares: estratégias de construção. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, 11(Supl. 7): 2955-62, jul., 2017. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11110. Acesso em: 9 abr. 2023.

WAIDMAN, Maria Angélica Papgliarini, SCARDELLI, Marcia Glaciela da Cruz, PANDINI, Andressa. Estratégias de cuidado ao portador de transtorno mental: atendimentos da equipe de saúde da família. **Ciência, Cuidado E Saúde**, out-dez 2010, 9(4), 806-814. Disponível em: https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/13848/7201. Acesso em: 10 jul. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATON. **Advocacy, communication and social mobilization for TB control:** a guide to developing Knowledge, attitude and practice surveys. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43790/9789241596176_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 26 mar. 2022.

ZANGIROLAMI-RAIMUNDO, Juliana; ECHEIMBERG, Jorge de Oliveira; LEONE, Claudio. Research methodology topics: Cross-sectional studies. **Journal of Human Growth and Development**. 2018; 28(3): 356-360. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822018000300017&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 fev. 2022.

APÊNDICES

APÊNDICE A – CARTA CONVITE AO PÚBLICO-ALVO

Prezado (a),

Eu, João Batista Silva Filho, enfermeiro, aluno do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF, convido-o a responder um questionário para investigar as necessidades de aprendizagem do familiar cuidador da pessoa com transtorno mental. O questionário faz parte de um estudo que estou desenvolvendo para minha dissertação, sob orientação da Prof.ª Dr.ª Eliany Nazaré Oliveira. Trata-se de um inquérito sobre os conhecimentos, atitudes e práticas (CAP) para a melhoria do cuidado familiar à pessoa com transtorno mental, cujo objetivo é identificar o quanto o familiar conhece sobre o transtorno mental, quais as necessidades de cuidado em saúde mental e se o mesmo pratica uma assistência de qualidade. A partir disso, será possível favorecer mudanças no cuidado e fornecer auxílio aos profissionais de saúde no desenvolvimento e implementação de atividades educativas. Caso queira participar, deverá assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no local indicado. Logo após, será disponibilizado o questionário (inquérito CAP). Devido a sua importância no cuidado à pessoa com transtorno mental, conto com sua valorosa contribuição, desde já agradeço e coloco-me à disposição para esclarecimentos.

Atenciosamente,

_____

João Batista Silva Filho
E-mail: j.filho87@hotmail.com

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) AO PÚBLICO-ALVO

O aluno do Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF), João Batista Silva Filho, objetiva realizar um estudo com familiares de pessoas com transtornos mentais, acompanhados pela Estratégia Saúde da Família (ESF), em Sobral – Ceará, e pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), CAPS Álcool e outras drogas (AD) ou o infanto-juvenil. O título dessa pesquisa é “Avaliação dos conhecimentos, atitudes e práticas para a melhoria do cuidado familiar à pessoa com transtorno mental”.

Peço a participação dos familiares cuidadores de pessoas com transtornos mentais, acompanhadas pela ESF e CAPS II, AD ou infanto-juvenil, nesse estudo, que procura avaliar as fragilidades e potencialidades encontradas no cuidado ao transtorno mental, e, em um momento posterior, planejar e elaborar ações de capacitação para esses cuidadores a fim de possibilitar o manejo de um cuidado seguro e satisfatório, livre de preconceitos, julgamentos e discriminação.

Informo, ainda, que: será disponibilizada uma cópia do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE); você dispõe do direito de não participar da pesquisa, se assim o desejar, sem qualquer prejuízo para o atendimento no Centro de Saúde da Família (CSF) de origem e nos CAPS II, AD, ou infanto-juvenil; garanto-lhe que não serão revelados o nome e as informações prestadas durante os encontros, a fim de evitar possíveis constrangimentos ou discriminação devido à quebra de sigilo; ao aceitar participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, dispõe de toda a liberdade para retirar o seu consentimento; as informações disponibilizadas farão parte de um estudo para o MPSF, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF; pretendo desenvolver um estudo que, posteriormente, ajudará na orientação de familiares cuidadores de pessoas com transtorno mental, e servirá como um apoio aos serviços de saúde primários e secundários de Sobral – Ceará; sua colaboração poderá trazer benefícios para o desenvolvimento científico e para o crescimento da Enfermagem como profissão.

Considerando o contexto epidemiológico da COVID-19, serão adotadas algumas medidas de biossegurança: distanciamento social entre pesquisador e

participante, evitar aperto de mãos, uso de máscara e álcool em gel, para higienização das mãos. O pesquisador mostrará aos participantes o comprovante de vacinação contra a COVID-19, com as doses aplicadas (quantidade recomendada pelo ministério da saúde, aos profissionais que atuam na área).

Estarei disponível para outros esclarecimentos, no endereço: Rua Major Franco, 247, bairro Centro, Sobral – Ceará. Fone: (88)99900-5580. E-mail: j.filho87@hotmail.com. Dúvidas sobre os aspectos éticos da pesquisa poderão ser esclarecidas com o Comitê de Ética e Pesquisa, que é localizado na Avenida Comandante Mauricélio Rocha Ponte, 150 – bairro Derby, CEP: 62.041-040, Sobral – CE. Fone/Fax: (88)3677-4255.

Gostaria muito de poder contar com sua cooperação, a qual desde já agradeço.

_____

João Batista Silva Filho

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO AO PÚBLICO-ALVO

Eu, _____ declaro que tomei conhecimento do estudo que pretende avaliar os conhecimentos, atitudes e práticas do familiar cuidador de pessoas com transtorno mental, para posterior melhoria do cuidado, realizado pelo aluno João Batista Silva Filho; compreendo os objetivos e concordo em participar, não sendo contra em responder as perguntas solicitadas.

Sobral, Ceará, _____ de _____ de 2022

_____

Assinatura

APÊNDICE C – INQUÉRITO CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DO FAMILIAR CUIDADOR DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL

Inquérito Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) adaptado do estudo de Moreira (2015)

Nome do(a) participante: _____

Endereço:_____ nº casa _____

Bairro: _____ Agente Comunitário de Saúde: _____

Nº Telefone 1: _____ Nº Telefone 2: _____

DADOS GERAIS	RESPOSTAS
1. Idade (em anos):	Q1_____
2. Escolaridade: 1 Sem escolaridade 2 Fundamental incompleto 3 Fundamental completo 4 Médio incompleto 5 Médio completo 6 Superior incompleto 7 Superior completo	Q2_____
3.Estado civil: 1 Casado(a) 2 Solteiro(a) 3 Viúvo(a) 4 União estável	Q3_____
4. Renda familiar (valor aproximado em R$. Não colocar ponto, nem vírgula):	Q4_____
5. Tempo de cuidado ao familiar com transtorno mental (em anos):	Q5_____
6. Grau de parentesco com a pessoa com transtorno mental: 1 Pai/mãe 2 Irmão/Irmã 3 Tio(a) 4 Primo(a) 5 Avô/Avó 6 Outro, especificar: _____	Q6_____
DOMÍNIO I – CUIDADO E AUTOCUIDADO DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL	
CONHECIMENTO	
7. Você conhece o tipo de transtorno mental da pessoa que cuida? 1 Sim 2 Não	Q7_____
8. Caso sim, qual o tipo de transtorno mental do familiar? 1 Esquizofrenia 2 Depressão 3 Transtorno de Ansiedade Generalizado 4 Transtorno Afetivo Bipolar 5 Transtorno obsessivo compulsivo 6 Transtorno de boderline 7 Transtorno esquizoafetivo 8 Transtorno alimentar 9 Retardo mental 10 Outro: _____ 11 Não se aplica	Q8_____
9. Você apresenta dificuldade em ajudá-lo(a) diante desse transtorno mental? 1 Sim 2 Não	Q9_____
10. Caso sim, classifique o grau de dificuldade: 1 Extremamente difícil 2 Muito difícil 3 Difícil 4 Não se aplica	Q10_____
11. Quais as dificuldades: 1 Higienização, alimentação, administração de medicamentos, administração das contas, acompanhamento nas consultas 2 Higienização, alimentação, administração de medicamentos, administração das contas 3 Higienização, alimentação, administração de medicamentos 4 Higienização, alimentação 5 Higienização	Q11_____

6 Alimentação 7 Outra, especificar: _____ 8 não se aplica	
12. Quais atividades você ajuda a pessoa com transtorno mental pelo seu estado de dependência? 1 Alimentar-se, banhar-se, vestir-se, administração de medicamentos 2 Alimentar-se, banhar-se, vestir-se 3 Alimentar-se, banhar-se 4 Alimentar-se 5 Banhar-se 6 Outra, especificar: _____	Q12_____
13. Você conhece os medicamentos utilizados pela pessoa com transtorno mental cuidada? Caso sim, quais? 1 Antipsicótico (escutam vozes, conversam sozinhos) 2 Ansiolítico (“nervosos”, preocupados, com insônia) 3 Estabilizador do humor (mudam de humor com frequência; às vezes triste) 4 Antidepressivo (tristeza, isolamento) 5 Antipsicótico, antidepressivo e ansiolítico 6 Antipsicótico, estabilizador de humor, ansiolítico 7 Estabilizador de humor, ansiolítico 8 Antipsicótico e ansiolítico 9 Antidepressivo e ansiolítico 10 Outros, especificar: _____ 11 Não sabe informar	Q13_____
14. Você conhece a forma de administração dos medicamentos utilizados? Caso sim, qual? 1 comprimidos 2 gotas 3 intramuscular 4 intravenoso 5 intramuscular e comprimidos 6 intramuscular e gotas 7 intravenoso e comprimidos 8 intravenoso e gotas 9 não sabe informar	Q14_____
15. Você conhece quais os horários/turnos utilizados para administração dos medicamentos? Caso sim, quais? 1 manhã, tarde e noite 2 manhã e tarde 3 manhã e noite 4 manhã 5 tarde 6 noite 7 não sabe informar	Q15_____
ATITUDE	
Leia cada frase a seguir e assinale com um X o grau de concordância que você atribui à frase.	
16. O cuidador é um dos responsáveis pelo bem-estar da pessoa com transtorno mental da qual ele cuida. 1 Discordo totalmente 2 Discordo em parte 3 Não concordo, nem discordo 4 Concordo em parte 5 Concordo totalmente	Q16_____
17. A pessoa com transtorno mental cuidada e acompanhada é capaz de se adaptar a novas situações e adotar novos comportamentos para melhorar o seu bem-estar. 1 Discordo totalmente 2 Discordo em parte 3 Não concordo, nem discordo 4 Concordo em parte 5 Concordo totalmente	Q17_____
18. Para a eficácia do tratamento da pessoa com transtorno mental, é importante dar oportunidade de a mesma fazer suas escolhas. 1 Discordo totalmente 2 Discordo em parte 3 Não concordo, nem discordo 4 Concordo em parte 5 Concordo totalmente	Q18_____
PRÁTICA	
19. Você planeja com a pessoa com transtorno mental as atividades de cuidado, perguntando sua opinião e busca segui-la? 1 Sempre 2 Às vezes 3 Nunca	Q19_____
20. Você estimula a pessoa com transtorno mental a cuidar de si (com seu auxílio) nas atividades de vida diárias (alimentação, banhar, vestir-se, administração de medicamentos)? 1 Sempre 2 Às vezes 3 Nunca	Q20_____

DOMÍNIO II – AMBIENTE E RELAÇÃO TERAPÊUTICA	
CONHECIMENTO	
21. Você já recebeu orientações acerca do ambiente terapêutico no cuidado às pessoas com transtorno mental? 1 Sim 2 Não	Q21_____
22. Caso sim, onde/de quem recebeu essas orientações? 1 Televisão 2 Familiares 3 Vizinhos/amigos 4 Profissionais de saúde 5 Internet 6 Outro, especificar: _____ 7 Não se aplica	Q22_____
23. Você já recebeu orientações acerca da relação terapêutica no cuidado às pessoas com transtorno mental? 1 Sim 2 Não	Q23_____
24. Caso sim, onde/de quem recebeu essas orientações? 1 Televisão 2 Familiares 3 Vizinhos/amigos 4 Profissionais de saúde 5 Internet 6 Outro, especificar: _____ 7 Não se aplica	Q24_____
25. No que se refere ao ambiente terapêutico, o que deve ser observado durante o cuidado à pessoa com transtorno mental? 1 Espaço e iluminação, higiene, arrumação e decoração, sons e música 2 Espaço e iluminação, higiene, arrumação e decoração 3 Espaço e iluminação 4 Higiene 5 Arrumação e decoração 6 Sons e música	Q25_____
26. No que se refere à relação terapêutica, o que deve ser observado durante o cuidado à pessoa com transtorno mental? 1 Escuta, diálogo, acolhimento, respeito mútuo 2 Escuta e diálogo 3 Acolhimento, respeito mútuo 4 Escuta 5 Diálogo 6 Acolhimento 7 Respeito mútuo	Q26_____
27. Quais as consequências de um ambiente terapêutico ruim no cuidado à pessoa com transtorno mental? 1 Agitação, agressividade, mau humor, aparecimento de doenças 2 Agitação, agressividade, mau humor, insônia 3 Insônia e tristeza 4 Agitação e agressividade 5 Mau humor 6 Aparecimento de doenças 7 Outro, especificar: _____	Q27_____
28. Quais as consequências de uma relação terapêutica ruim no cuidado à pessoa com transtorno mental? 1 Mau humor, agressividade, isolamento, falha no tratamento 2 Mau humor, agressividade, falha no tratamento 3 Mau humor, tristeza 4 Isolamento	Q28_____

5 Falha no tratamento 6 Outro, especificar: _____	
ATITUDE	
Leia cada frase a seguir e assinale com X o grau de concordância que você atribui à frase.	
29. É importante ambiente amplo e bem iluminado, para se transmitir sensação de segurança e bem-estar, e que seja o mais belo e agradável possível, simples e aconchegante. 1 Discordo totalmente 2 Discordo em parte 3 Não concordo, nem discordo 4 Concordo em parte 5 Concordo totalmente	Q29_____
30. Higiene ambiental deve ser priorizada, não somente pela questão do bem-estar, mas também para evitar surtos de doenças infecto-parasitárias e infestações. 1 Discordo totalmente 2 Discordo em parte 3 Não concordo, nem discordo 4 Concordo em parte 5 Concordo totalmente	Q30_____
31. O excesso de mobília ou o mobiliário mal disposto tumultuam o ambiente. Deve-se evitar objetos e adornos que possam colocar em risco a segurança. 1 Discordo totalmente 2 Discordo em parte 3 Não concordo, nem discordo 4 Concordo em parte 5 Concordo totalmente	Q31_____
32. Colocar músicas que agradem à pessoa com transtorno mental, ou músicas instrumentais leves e tranquilas, deixam o ambiente mais calmo e relaxante. 1 Discordo totalmente 2 Discordo em parte 3 Não concordo, nem discordo 4 Concordo em parte 5 Concordo totalmente	Q32_____
33. É importante que você escute o que a pessoa com transtorno mental tem a dizer, mostrando-se receptivo, olhando-o numa atitude aberta, de modo que ele perceba a sua importância. 1 Discordo totalmente 2 Discordo em parte 3 Não concordo, nem discordo 4 Concordo em parte 5 Concordo totalmente	Q33_____
34. Durante uma conversa, é importante repetir o conteúdo que foi dito pela pessoa com transtorno mental, para que tome consciência do que falou. 1 Discordo totalmente 2 Discordo em parte 3 Não concordo, nem discordo 4 Concordo em parte 5 Concordo totalmente	Q34_____
35. Durante a conversa, é importante permitir que a pessoa com transtorno mental conduza e escolha o assunto. 1 Discordo totalmente 2 Discordo em parte 3 Não concordo, nem discordo 4 Concordo em parte 5 Concordo totalmente	Q35_____
PRÁTICA	
36. Você busca deixar o ambiente arejado, bem iluminado e aconchegante? 1 Sempre 2 Às vezes 3 Nunca	Q36_____
37. Você higieniza e arruma a casa (todos os cômodos)? 1 Sempre 2 Às vezes 3 Nunca	Q37_____
38. Você permite que a pessoa com transtorno mental coloque sons e músicas, de sua escolha, para tocar? 1 Sempre 2 Às vezes 3 Nunca	Q38_____
39. Você conversa com a pessoa com transtorno mental, com uma escuta qualificada, demonstrando paciência e atenção? 1 Sempre 2 Às vezes 3 Nunca	Q39_____
40. Quando a pessoa com transtorno mental está apresentando um diálogo desconexo e fora da realidade, você repete o conteúdo que foi dito, para fazê-la tomar consciência do que falou? 1 Sempre 2 Às vezes 3 Nunca	Q40_____

41. Você deixa que a pessoa com transtorno mental escolha os assuntos, durante uma conversa, numa postura de acolhimento e conforto? 1 Sempre 2 Às vezes 3 Nunca	Q41_____
DOMÍNIO III – CONDUTAS DIANTE DE UMA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL EM CRISE (SINTOMAS EXACERBADOS; RISCO PARA SI E PARA OUTROS)	
CONHECIMENTO	
42. Você conhece, sabe identificar, os sinais e sintomas de uma pessoa com transtorno mental no momento da crise? 1 Sim 2 Não	Q42_____
43. Caso sim, descreva esses sinais e sintomas: 1 Agressividade, agitação, preocupação excessiva, pensamento de morte, tentativa de suicídio 2 Apatia, tristeza profunda, pensamento de morte, tentativa de suicídio 3 Agressividade, agitação, preocupação excessiva, pensamento de morte 4 Apatia, tristeza profunda, pensamento de morte 5 Agressividade, agitação, preocupação excessiva 6 Apatia, tristeza profunda 7 Agressividade, agitação 8 Agressividade 9 Agitação 10 Preocupação excessiva 11 Apatia 12 Tristeza profunda 13 Pensamento de morte 14 Tentativa de suicídio 15 Outros, especificar: _____ 16 Não se aplica	Q43_____
44. Você recebeu orientações sobre como lidar com uma pessoa com transtorno mental no momento da crise, em algum momento? 1 Sim 2 Não	Q44_____
45. Caso sim, quais foram as orientações? 1 Atenção, escuta, conversa, diálogo, apoio, suporte, contenção verbal (falar de maneira firme e direta), observação, vigilância 2 Atenção, escuta, conversa, diálogo, apoio, suporte 3 Atenção, escuta, contenção verbal 4 Atenção, escuta, apoio, suporte 5 Observação, vigilância 6 Conversa, diálogo 7 Outras, especificar: _____ 8 Não se aplica	Q45_____
46. A pessoa com transtorno mental foi internada alguma vez? 1 Sim 2 Não	Q46_____
47. Caso sim, quando foi? Qual o tratamento recebido? 1 Avaliação psiquiátrica, psicoterapia, terapia ocupacional, serviço social, enfermagem, contenção física 2 Avaliação psiquiátrica, psicoterapia, serviço social, enfermagem 3 Avaliação psiquiátrica, psicoterapia, enfermagem 4 Avaliação psiquiátrica, psicoterapia, terapia ocupacional 5 Avaliação psiquiátrica, terapia ocupacional, enfermagem 6 Avaliação psiquiátrica, terapia ocupacional, administração de medicamentos 7 Avaliação psiquiátrica, psicoterapia, administração de medicamentos 8 Outros, especificar _____ 9 Não sabe informar 10 Não se aplica	Q47_____

ATITUDE	
Leia cada frase a seguir e assinale com X o grau de concordância que você atribui à frase.	
48. Ouvir as queixas e receios. Mostrar-se tranquilo, utilizando frases curtas, com um tom de voz firme, na conversação. 1 Discordo totalmente 2 Discordo em parte 3 Não concordo, nem discordo 4 Concordo em parte 5 Concordo totalmente	Q48_____
49. Quando a pessoa está preocupada e com medo, é inútil tentar mostrar-lhe que o medo que sente é irreal. Dizer-lhe que não deve se preocupar pode fazer com que se sinta incompreendida e sozinha, aumentando assim a tensão. 1 Discordo totalmente 2 Discordo em parte 3 Não concordo, nem discordo 4 Concordo em parte 5 Concordo totalmente	Q49_____
50. Vigilância quanto ao risco de suicídio (objetos pontiagudos e cortantes, cordas) atenção discreta (evitar incômodos). 1 Discordo totalmente 2 Discordo em parte 3 Não concordo, nem discordo 4 Concordo em parte 5 Concordo totalmente	Q50_____
51. Observar alimentação, hidratação, excreta (urina, fezes), perda ponderal (peso), sinais de infecção ou lesões, vestuário, padrão de sono e repouso, atividade física (estímulo). 1 Discordo totalmente 2 Discordo em parte 3 Não concordo, nem discordo 4 Concordo em parte 5 Concordo totalmente	Q51_____
52. Estabelecer limites, após criação de confiança, a fim de evitar contenções desnecessárias. 1 Discordo totalmente 2 Discordo em parte 3 Não concordo, nem discordo 4 Concordo em parte 5 Concordo totalmente	Q52_____
53. Convide para atividades de lazer. 1 Discordo totalmente 2 Discordo em parte 3 Não concordo, nem discordo 4 Concordo em parte 5 Concordo totalmente	Q53_____
54. Cuidado ao emitir mensagens verbais e não-verbais, pois a pessoa com transtorno mental pode se tornar agressiva ao sentir ameaçada. 1 Discordo totalmente 2 Discordo em parte 3 Não concordo, nem discordo 4 Concordo em parte 5 Concordo totalmente	Q54_____
55. Manter uma conduta firme e franca com a pessoa com transtorno mental, ouvindo seus receios, para ganhar sua confiança. 1 Discordo totalmente 2 Discordo em parte 3 Não concordo, nem discordo 4 Concordo em parte 5 Concordo totalmente	Q55_____
PRÁTICA	
56. Você observa nível de consciência e orientação no tempo e espaço da pessoa com transtorno mental, ou seja, pergunta dia, hora e local? 1 Sempre 2 Às vezes 3 Nunca	Q56_____
57. Você observa alimentação, higiene, sono e repouso e excreta (urina, fezes) da pessoa com transtorno mental? 1 Sempre 2 Às vezes 3 Nunca	Q57_____
58. Você tenta conversar, entender os motivos que levaram a desenvolver uma crise, realizar contenção verbal (reprender comportamento inadequado), antes de procurar o serviço de saúde? 1 Sempre 2 Às vezes 3 Nunca	Q58_____
59. Você se sente incapaz de oferecer o cuidado necessário à pessoa com transtorno mental? 1 Sempre 2 Às vezes 3 Nunca	Q59_____

ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)

UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA/CE

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS PARA A MELHORIA DO CUIDADO FAMILIAR À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL
Pesquisador: JOAO BATISTA SILVA FILHO
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 58570622.5.0000.5053
Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.536.619

Apresentação do Projeto:
O projeto de pesquisa consiste em um estudo avaliativo, com delineamento transversal e abordagem quantitativa, realizado em Sobral, Ceará. Os participantes do estudo
serão constituídos por familiares de pessoas com transtorno mental, acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família (ESF), escolhidos de acordo com os seguintes critérios de inclusão: familiares de usuários registrados e em acompanhamento regular pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) Damião Ximenes Lopes e CAPS Álcool e outras drogas Francisco Hélio Soares; que convivem e são cuidadores de uma pessoa com transtorno mental grave; que tenham idade acima de dezoito anos e estejam dispostos a participar do estudo. O instrumento utilizado para coleta de informações será: questionário, para conhecimento do perfil dos participantes, além dos conhecimentos, atitudes e práticas dos mesmos. O estudo
obedecerá à Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Serão respeitados os princípios de autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. Os participantes receberão informações acerca do estudo; será entregue e
assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ao público-alvo e tudo será realizado com livre e espontânea vontade dos mesmos.

Metodologia de Análise de Dados:
Os dados serão organizados em tabelas, quando serão apresentadas as frequências e médias e

Endereço: Av Comandante Maurocélio Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040
UF: CE **Município:** SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** cep_uva@uvanet.br

desvios padrão. A análise das associações do CAP, segundo os dados sociodemográficos dos familiares e cada domínio Cuidado e autocuidado, Ambiente e relação terapêutica e Condutas
adotadas, bem como entre os domínios entre si serão feitas pelos testes de Qui-Quadrado ou razão de verossimilhança. Será feito o teste de normalidade das variáveis idade, renda familiar e tempo de cuidado ao familiar. As comparações das médias dessas variáveis, segundo os itens do CAP, serão feitas pelos testes paramétricos t de Student, ANOVA e os não paramétricos Mann-Whiteney e Friedman. Para todas as análises serão consideradas como estatisticamente significantes aquelas com $p<0,05$. Os dados serão processados no SPSS 20.0 licença número 10101131007.

Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Primário:
Avaliar os conhecimentos, atitudes e práticas para a melhoria do cuidado familiar à pessoa com transtorno mental.

Objetivos Secundários:
Conhecer as necessidades de aprendizagem do familiar cuidador de pessoas com transtorno mental;
Averiguar as habilidades e limitações do familiar cuidador de pessoas com transtorno mental no processo de cuidado domiciliar;
Descrever os conhecimentos, práticas e atitudes do familiar cuidador frente aos cuidados da pessoa com transtorno mental.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Riscos:
Quebra de sigilo e divulgação de informações pessoais, o que pode ocasionar estigmatização dos participantes, por lidarem com pessoas com transtorno mental. Por isso, o pesquisador reitera que irá dispor de uma maior atenção e cuidado no manejo dessas informações. Os participantes podem sentir-se fragilizados com as perguntas feitas, o que requer do pesquisador uma postura de acolhimento e escuta qualificada. Caso necessário, a partir dos sentimentos e emoções geradas, deve ser realizado um encaminhamento para os serviços de saúde da família e/ou mental.

Benefícios:

Possibilidade de mudança de condutas no cuidado, a partir de ações educativas direcionadas às necessidades de aprendizagem do familiar cuidador em saúde mental, e do aumento do apoio da equipe de saúde à família e à pessoa com transtorno mental, ocasionando uma melhora significativa no cuidado em saúde mental.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo apresenta tema relevante, atual e contempla os aspectos éticos (Resolução 466/2012).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados foram: informações básicas do projeto, projeto completo, TCLE, cronograma, folha de rosto, carta de anuência Secretaria de Saúde - Prefeitura de Sobral.

Recomendações:

SEM RECOMENDAÇÕES.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Tendo em vista que o pesquisador incluiu o documento solicitado, consideramos o projeto APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de pesquisa APROVADO. O CEP reforça a Resolução CNS 466/12, onde: "XI.2 - Cabe ao pesquisador: d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final da pesquisa". Estes relatórios obrigatórios devem ser enviados via Plataforma Brasil, para o monitoramento e arquivamento da pesquisa pelo CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1938710.pdf	15/07/2022 18:28:17		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	PARECER_PROTOCOLO_01002022_PROJETO_JOAOBATISTA.pdf	15/07/2022 18:27:11	JOAO BATISTA SILVA FILHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	PROJETOJOAOBATISTA_TCLE.docx	08/05/2022 17:09:24	JOAO BATISTA SILVA FILHO	Aceito
Orçamento	PROJETOJOAOBATISTA_ORCAMENTO.docx	08/05/2022 17:08:28	JOAO BATISTA SILVA FILHO	Aceito
Cronograma	PROJETOJOAOBATISTA_CRONOGRAMA.docx	08/05/2022 17:07:37	JOAO BATISTA SILVA FILHO	Aceito

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_JOAOBATISTA.docx	08/05/2022 17:07:17	JOAO BATISTA SILVA FILHO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO_JOAOBATISTA.pdf	08/05/2022 16:48:21	JOAO BATISTA SILVA FILHO	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

SOBRAL, 20 de Julho de 2022

Assinado por:
Eroteíde Leite de Pinho
(Coordenador(a))

ANEXO 2 – DECLARAÇÃO DE REVISÃO LINGUÍSTICA

D E C L A R A Ç Ã O

Declaro para os devidos fins que eu, Luana Monteiro Rodrigues, graduada em Letras, pela Universidade Federal do Ceará, portadora do registro profissional nº 47862817/SEDUC-CE, realizei a revisão linguística do Trabalho de Conclusão de Mestrado originalmente intitulado **Avaliação dos conhecimentos, das atitudes e práticas para melhoria do cuidado familiar a pessoas com transtorno mental**, sob autoria de João Batista Silva Filho e orientação da Prof.ª Dra. Eliany Nazaré Oliveira, apresentado ao Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Estadual Vale do Acaraú, como requisito para o título de mestre em Saúde da Família.

Fortaleza, 14 de março de 2023.

Prof.ª. Luana Monteiro Rodrigues
Graduada em Letras pela Universidade Federal do Ceará (UFC).
Especialista em Ensino de Língua Materna (UECE).
Especialista em Gestão Escolar (UECE).
Mestra em Ensino da Língua Portuguesa (UFC).
Portadora do Registro Profissional n°. 47862817/SEDUC-CE.
E-mail: rodrigues.esp@gmail.com/ luanamonteiro22@hotmail.com
Fone 85 984046530

ANEXO 3 – CERTIFICADO DE TRADUÇÃO LINGUÍSTICA

NEW HORIZONS
ACADEMIC TRANSLATIONS

CERTIFICADO DE TRADUÇÃO

Declaro para os devidos fins que eu, Vanessa Emille Carvalho de Sousa Freire, doutora em enfermagem, tradutora e intérprete da língua inglesa, sócia da empresa New Horizons LTDA, CNPJ: 37.734.574/0001-01, realizei a tradução da língua portuguesa para a língua inglesa do resumo do trabalho de conclusão de Mestrado, originalmente intitulado "**Avaliação dos conhecimentos, das atitudes e práticas para melhoria do cuidado familiar a pessoas com transtorno mental**", sob autoria de João Batista Silva Filho e orientação da Prof.ª Dra. Eliany Nazaré Oliveira, apresentado ao Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família da Universidade Estadual Vale do Acaraú, como requisito para o título de mestre em Saúde da Família. Os detalhes da nossa empresa podem ser encontrados no final deste documento para mais informações, se necessário*.

Fortaleza, 07 de maio de 2023.

Vanessa E C Sousa Freire, RN, PhD
New Horizons LTDA

*New Horizons é uma empresa especializada na tradução, revisão e preparação de manuscritos em português, inglês e espanhol. Nossa empresa oferece serviços de revisão, edição, tradução, formatação e ilustração para fins acadêmicos. Todas as revisões e traduções são realizadas por um ou mais tradutores/editores científicos profissionais, com doutorado e proficiência em português, inglês e espanhol.

New Horizons
CNPJ: 37.734.574/0001-01
Rua Joao Cordeiro, 3069, Joaquim Tavora, 60110-535, Fortaleza, CE, Brazil
Phone: 55 85 99248-4502
E-mail: vanessaemille@gmail.com