

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Quesia Nayrane Ferreira

**O CUIDADO FAMILIAR À PESSOA IDOSA COM TRANSTORNO
MENTAL: MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA**

Belo Horizonte – MG

2020

Quesia Nayrane Ferreira

**O CUIDADO FAMILIAR À PESSOA IDOSA COM TRANSTORNO
MENTAL: MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Sônia Maria Soares.

Belo Horizonte – MG
Escola de Enfermagem – UFMG
2020

Ferreira, Quesia Nayrane.
F383c O cuidado familiar à pessoa idosa com transtorno mental
[manuscrito]: Modelo Calgary de avaliação da família. / Quesia
Nayrane Ferreira. - - Belo Horizonte: 2020.

96 f.: il.

Orientador (a): Sônia Maria Soares.

Área de concentração: Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais,
Escola de Enfermagem.

1. Idoso. 2. Transtornos Mentais. 3. Relações Familiares. 4.
Enfermeiros. 5. Planejamento de Assistência ao Paciente. 6.
Dissertação Acadêmica. I. Soares, Sônia Maria. II. Universidade
Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WT 100

Esta pesquisa é vinculada ao Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cuidado e Desenvolvimento Humano da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Escola de Enfermagem
Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

ATA DE NÚMERO 634 (SEISCENTOS E TRINTA E QUATRO) DA SESSÃO DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA QUESIA NAYRANE FERREIRA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 8 (oito) dias do mês de junho de dois mil e vinte, às 14:00 horas, realizou-se a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "*O CUIDADO FAMILIAR À PESSOA IDOSA COM TRANSTORNO MENTAL: MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA*", da aluna **Quesia Nayrane Ferreira**, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Cuidar em Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Sônia Maria Soares (orientadora), Natália de Cássia Horta e Maria Odete Pereira, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADA;

REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 08 de junho de 2020.

Profª Drª. Sônia Maria Soares
Orientadora (Esc.Enf/UFMG)

Profª. Drª. Natália de Cássia Horta
(PUC/MG)

Profª. Drª. Maria Odete Pereira
(EEUFMG)

Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

MODIFICAÇÃO DE DISSERTAÇÃO

Modificações exigidas na Dissertação de Mestrado da Senhora **QUESIA NAYRANE FERREIRA**.

As modificações foram as seguintes:

A banca fez sugestões relacionadas a revisão do resumo, da metodologia e aprofundamento da discussão dos resultados e considerações finais.

NOMES

ASSINATURAS

Profª Drª. Sônia Maria Soares

Profª. Drª. Natália de Cássia Horta

Profª. Drª. Maria Odete Pereira



Documento assinado eletronicamente por **Andreia Nogueira Delfino, Assistente em Administração**, em 22/06/2020, às 18:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **Sonia Maria Soares, Diretor(a)**, em 22/06/2020, às 20:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **Maria Odete Pereira, Membro**, em 30/06/2020, às 10:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sci/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0156310** e o código CRC **76C59536**.

À minha Avó Celi Ermelinda da Silva,
motivação para a realização deste estudo.
No decorrer desta pesquisa lembranças
suas vieram à tona, uma aproximação
necessária.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, que me conduziu a mais esta conquista, protegendo e sustentando nos desafios dessa trajetória. “E, graças a Deus, que sempre nos faz triunfar em Cristo, e por meio de nós manifesta, em todo o lugar, o cheiro do seu conhecimento” (II Coríntios 2:14).

À minha orientadora Prof^a Dr^a Sônia Maria Soares, por ter me instigado a novas experiências em busca de um tema diferente que partisse de mim, pelo suporte, pelas correções e incentivos.

Aos meus pais, por todo amor, cuidado, investimento, incentivo e apoio incondicional.

Ao meu irmão Sandoly pelo companheirismo.

À minha cunhada Larissa, pela amizade que me acompanha por toda a vida.

Aos meus tios, pelo apoio e incentivo.

Às amigas: Ana Luiza, Aline e Nayhanne, com quem chorei e onde me apoiei neste percurso.

À Natália Horta, pelo cuidado, aprendizado e incentivo, e à Duda, pelo amor sincero.

À irmã Laura, pelas orações e orientações.

Ao amor que encontrei nesta reta final, que tem se mostrado um grande companheiro.

Aos funcionários e usuários do CERSAM, que possibilitaram a pesquisa.

Aos idosos e familiares, participantes da pesquisa, que aceitaram se abrir para que esta pesquisa.

Aos que conheci e convivi neste percurso, que deixaram sua marca, possibilitando sempre uma reflexão para meu crescimento profissional e muito mais pessoal.

“De todas as famílias da terra a vós
somente conheci; portanto, todas as
vossas injustiças visitarei sobre vós”
(Amós 3:2).

RESUMO

Pesquisa descritivo-exploratória de abordagem qualitativa com o objetivo de analisar o cuidado familiar prestado à pessoa idosa com transtorno mental. O estudo foi desenvolvido em uma das nove regionais do município de Belo Horizonte, tendo como participantes 326 idosos atendidos no CERSAM, entre julho de 2017 e junho de 2019, e sete familiares de três desses idosos que estiveram em tratamento no serviço. A coleta de dados se deu em três etapas: análise documental em prontuários físicos, para levantamento dos dados no CERSAM, com posterior sorteio realizado entre os idosos em tratamento, seguido de análise documental no Sistema de Informação de Gestão da Saúde do município e, por fim, entrevistas semiestruturadas com os familiares, em seus domicílios. Para organização dos dados coletados durante análise documental, utilizou-se de tabelas do Excel e da digitalização de alguns documentos pelo aplicativo CamScanner. As entrevistas foram gravadas, transcritas e codificadas. Seguiram-se as etapas de análise proposta por Yin (2005), de examinar, categorizar e recombina as evidências para tratar as proposições do estudo. Ressalta-se que o Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF) foi utilizado como referencial teórico-metodológico do estudo desde a elaboração do roteiro das entrevistas à análise dos casos, com a utilização das representações gráficas de genograma e ecomapa na apresentação dos resultados. Os preceitos éticos foram respeitados e os nomes descritos no trabalho são fictícios. Os resultados foram apresentados em cinco capítulos, incluindo a caracterização dos 326 idosos atendidos no CERSAM, sendo 63,2% do sexo feminino com média de idade de 68,06, com idades entre 60 e 94 anos, prevalecendo a faixa etária de 60 a 69 anos em 65,64%. Quanto à escolaridade, 43,75% tinham entre um e quatro anos de estudo, 45,3% eram casados, 46,11% eram donas de casa e 35% aposentados, e 32,82% tinham acompanhamento prolongado no CERSAM. Os três casos apresentavam semelhanças na configuração familiar: dois eram famílias extensas e um consanguínea, com grande influência de irmãos no cuidado. Os diagnósticos de transtorno mental aconteceram após os trinta anos de idade, nos casos de Rosa e Lorenzo, e antes dos 25 anos, no caso de Alvarez. Ressalta-se a prevalência de diagnósticos de transtornos mentais em outros membros da família nos três casos, sendo todos irmãos do idoso. Os três eram idosos jovens e apenas Rosa apresentava outras patologias crônicas que desencadearam quadros de dependência, embora sua dependência relacionava-se a uma instabilidade associada ao transtorno mental. Fato este, que em conjunto com a falta de preparo e conhecimento da família acerca da doença, agravou a sobrecarga e prevalência de vínculos negativos na família desta idosa. Para o cuidado familiar ao idoso com transtorno mental houve necessidades de adaptação da família, com estabilidade, organização e dedicação para conhecer a doença e o próprio idoso. Verificou-se também a escassez de apoio de serviços de saúde e sociais na atenção aos idosos com transtornos mentais e seus familiares. Espera-se que este estudo contribua para o conhecimento sobre o cuidado de familiares a esse público, e mobilização do Estado por meio de políticas e serviços de cuidados continuados. Ainda, que direcione ações de profissionais de saúde, em especial enfermeiros, com a utilização do MCAF, para o planejamento de intervenções, orientações e elaboração de plano de cuidados para idosos e familiares cuidadores.

Palavras Chave: Idoso. Transtornos Mentais. Relações Familiares. Enfermeiros.

ABSTRACT

Descriptive-exploratory research with a qualitative approach in order to analyze family care provided to elderly people with mental disorders. The study was carried out in one of the nine regional offices in the city of Belo Horizonte, with 326 elderly participants attended at CERSAM, between July 2017 and June 2019, and seven relatives of three of those elderly people who were being treated at the service. Data collection took place in three stages: document analysis on physical records, for data collection at CERSAM, with subsequent drawing carried out among the elderly undergoing treatment, followed by document analysis on the municipality's Health Management Information System and, for Finally, semi-structured interviews with family members, at home. To organize the data collected during document analysis, Excel tables and the digitization of some documents were used by the CamScanner application. The interviews were recorded, transcribed and coded. The analysis steps proposed by Yin (2005) followed, of examining, categorizing and recombining the evidence to address the study's propositions. It should be noted that the Calgary Family Assessment Model (MCAF) was used as a theoretical-methodological framework for the study, from the elaboration of the interview script to the case analysis, using the graphic representations of genogram and ecomap in the presentation of the results. Ethical precepts were respected and the names described in the work are fictitious. The results were presented in five chapters, including the characterization of the 326 elderly people attended at CERSAM, 63,2% of whom were female, with an average age of 68,06, aged between 60 and 94 years old, with a predominance of the 60 to 69 years in 65,64%. As for education, 43,75% had between one and four years of study, 45,3% were married, 46,11% were housewives and 35% retired, and 32,82% had long-term follow-up at CERSAM. The three cases had similarities in the family configuration: two were extended families and one consanguineous, with great influence of siblings in the care. The diagnoses of mental disorder occurred after the age of thirty, in the cases of Rosa and Lorenzo, and before the age of 25, in the case of Alvarez. The prevalence of diagnoses of mental disorders in other family members in the three cases is emphasized, all of them being brothers of the elderly. The three were young elderly and only Rosa had other chronic pathologies that triggered dependency, although their dependence was related to instability associated with mental disorder. This fact, which together with the family's lack of preparation and knowledge about the disease, worsened the burden and prevalence of negative bonds in the family of this elderly woman. For family care for the elderly with a mental disorder, there were needs to adapt the family, with stability, organization and dedication to know the disease and the elderly themselves. There was also a lack of support for health and social services in the care of the elderly with mental disorders and their families. It is expected that this study will contribute to the knowledge about the care of family members to this public, and to mobilize the State through policies and services of continuous care. Also, to direct the actions of health professionals, especially nurses, with the use of the MCAF, for planning interventions, guidelines and preparing a care plan for the elderly and family caregivers.

Key Words: Aged. Mental Disorders. Family Relations. Nurses.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama ramificado do Modelo Calgary de Avaliação da Família	32
Figura 2: Síntese da estratégia metodológica	36
Figura 3: Síntese da coleta de dados: etapa, procedimento e produto	40
Figura 4: Esquema representativo dos subsistemas pertencentes a Alvarez	48
Figura 5: Representação gráfica do genograma da família de Alvarez	48
Figura 6: Representação gráfica do ecomapa da família de Alvarez	51
Figura 7: Representação gráfica do genograma da família de Rosa	58
Figura 8: Esquema representativo dos subsistemas pertencentes à Rosa	59
Figura 9: Representação gráfica do ecomapa da família de Rosa	60
Figura 10: Representação gráfica do genograma da família de Lorenzo	68
Figura 11: Representação gráfica do ecomapa da família de Lorenzo	69

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CDPI	Coordenadoria de Direitos da Pessoa Idosa
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
CERSAM-AD	Centro de Referência em Saúde Mental Álcool e Drogas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética com Pesquisas em Seres Humanos
DALY	<i>Disability Adjusted Life Years</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
HN	Hospitalidade Noturna
HP	Hospitais Psiquiátricos
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
IPSEMG	Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais
IVS	Índice de Vulnerabilidade da Saúde
MCAF	Modelo Calgary de Avaliação da Família
MOBRAL	Movimento Brasileiro de Alfabetização
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PD	Permanência Dia
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SES	Secretária Estadual de Saúde
SIGS	Sistema de Informação de Gestão de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
YLD	<i>Years Lived with Disability</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	Objetivos	20
1.1.1	Objetivo geral	20
1.1.2	Objetivos específicos	20
2	REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO	21
2.1	O envelhecimento e as legislações brasileiras	21
2.2	O transtorno mental presente na velhice	24
2.3	O cuidado familiar ao idoso com transtorno mental	27
2.4	Modelo Calgary de Avaliação da Família no cuidado a pessoa idosa com transtorno mental	30
3	METODOLOGIA	35
3.1	Tipo de estudo	35
3.2	Local de estudo	37
3.3	Participantes	38
3.4	Coleta dos dados	39
3.4.1	Primeira etapa: análise de prontuários	40
3.4.2	Análise dos prontuários sorteados	41
3.4.3	Entrevistas	41
3.5	Análise dos dados	42
3.6	Aspectos éticos	43
4	O CUIDADO FAMILIAR AO IDOSO COM TRANSTORNO MENTAL	44
4.1	Caracterização dos idosos atendidos no CERSAM	44
4.2	O cuidado familiar a idosos com transtorno mental	45
4.2.1	O cuidado familiar a Alvarez	46
4.2.2	O cuidado familiar à Rosa	56
4.2.3	O cuidado familiar a Lorenzo	66
5	REFLEXÕES ACERCA DO CUIDADO FAMILIAR AO IDOSO COM TRANSTORNO MENTAL	71
5.1	Da caracterização dos idosos atendidos	71
5.2	Os estudos de caso de Alvarez, Rosa e Lorenzo	73
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
	REFERÊNCIAS	81

APÊNDICE I	91
APÊNDICE I	93
APÊNDICE III	94
ANEXO I	95
ANEXO II	99

1 INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais representam um problema de saúde global (RIBEIRO; INGLEZ-DIAS, 2011) e causam sofrimento para muitas pessoas idosas e suas famílias, pois interferem, de forma negativa, na vida daqueles envolvidos com seus cuidados. Entre esses transtornos, encontram-se a depressão, todo espectro de outros transtornos ansiosos e esquizofreniformes e a dependência química, tendo como conseqüências os riscos de deterioração das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs), das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), das relações sociais e do bem-estar psicológico (WILBERFORCE *et al.*, 2018).

Há indicadores de que o número de pessoas com idade superior a 55 anos com esquizofrenia dobrará nos próximos 20 anos (COLLIER; SORRELL, 2011). Estudo realizado no serviço de ambulatório psiquiátrico do Hospital das Clínicas de Campinas constatou que 62,3% dos idosos tinham o diagnóstico de transtornos mentais orgânicos (demências e *delirium*); 0,5% eram relacionados ao uso de substâncias psicoativas; 4,1% com esquizofrenia e transtornos delirantes; 23,6% com transtornos de humor (depressão e transtorno bipolar); 2,4% com transtornos neuróticos; 0,5% com transtornos de personalidade; 0,3% com retardo mental; 1,7% com transtornos de desenvolvimento; e 4,4% com transtornos mentais não especificados (BIASOLI, 2015).

Os transtornos neuropsiquiátricos em idosos representam 6,6% da incapacidade total e anos de vida perdidos ajustados por incapacidade – *Disability Adjusted Life Years* (DALY) – e, aproximadamente, 15% dos idosos sofrem de algum distúrbio mental (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Além disso, o envelhecimento pode contribuir para desencadear ou agravar a presença de transtornos mentais, como esquizofrenia, depressão, transtornos bipolares, delirantes, ansiedade, somatoformose e outros (TAVARES, 2009).

Pessoas com transtornos mentais têm risco de mortalidade mais elevado que as amostras da população em geral, sendo mais relevantes em idosos com o aumento da depressão (CHESNEY; GOODWIN; FAZEL, 2014; LIU *et al.*, 2017). Essas pessoas tendem a morrer de 10 a 20 anos antes que a população em geral e a maioria das mortes ocorre por outras doenças evitáveis, especialmente doenças cardiovasculares, respiratórias e infecções (LIU *et al.*, 2017).

Ademais, a ocorrência de transtornos mentais em idosos pode estar associada à elevada taxa de suicídios (18%) nessa faixa etária (UPADHYAYA; SHER, 2019). Em uma revisão da literatura, abordando estudo sobre pessoas idosas que cometeram suicídio, Minayo e Cavalcante (2015) constataram que há uma porcentagem entre 71% e 95% com o diagnóstico de algum transtorno mental. Em outro estudo, as mesmas autoras ressaltam o peso dos transtornos mentais como fator de predisposição ao suicídio de idosos. Porém, tal associação não foi comprovada entre idosos com demências e outras enfermidades ligadas à memória (MINAYO; CAVALCANTE, 2015).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira aconteceu na década de 1980, sendo marcada pela influência italiana, com a proposta de substituir os Hospitais Psiquiátricos (HP) por uma rede de atenção à saúde mental. Mas não houve uma mudança de postura quanto ao tratamento em todos os contextos, compreendendo a desospitalização apenas como um processo para tratar os pacientes com transtornos mentais fora dos hospitais psiquiátricos. Dessa forma, ocorre, em muitos casos, a fragmentação no tratamento devido à desarticulação dos serviços, com ausência de referências e contra referências (MARTINHAGO; OLIVEIRA, 2015).

Em relação ao envelhecimento, trata-se de um processo natural da vida que produz alterações físicas e comportamentais que podem ocorrer em diversas situações e padrões distintos (FILETE, 2016). Dessa forma, envelhecer, muitas vezes, resulta em perda da autonomia e dependência de cuidados, e envelhecer acompanhado de enfermidades crônicas gera fragilidade, trazendo repercussões negativas nos ambientes familiares e sociais (FERREIRA, 2015; MIRANDA; SOARES; SILVA, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2016; MOCELIN *et al.*, 2017).

Considerando o transtorno mental como uma doença crônica, acredita-se que idosos com transtorno mental apresentam mais esse agravante como um fator para o desenvolvimento da fragilidade e, conseqüentemente, dependência para a execução das ABVDs.

Diante da necessidade de cuidar de um idoso frágil, as famílias se deparam com o despreparo e a falta de estrutura, circunstâncias que potencializam um ambiente conflituoso e gerador de ansiedades que impactam na qualidade do cuidado prestado (REIS *et al.*, 2015). Para a família, cuidar de uma pessoa com transtorno mental constitui um obstáculo ainda maior, pois envolve sentimentos intrínsecos à vivência de um acontecimento imprevisto, que demanda nova

organização familiar. Ainda os familiares podem se sentir impotentes, fragilizados, culpados e frustrados, pois não sabem como ajudar (BORBA *et al.*, 2011).

O envelhecimento populacional brasileiro tem ocorrido de forma rápida. Em 2004, a proporção de idosos era de 9,7% da população, passando para 13,7% em 2014, com projeções de 18,6% para 2030 e de 33,7% para 2060 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015). Da proporção de idosos, apenas 1% está institucionalizado (CAMARANO, 2010).

O transtorno mental é apontado como um dos principais critérios para não admissão do idoso nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), sendo que não há outros dispositivos de cuidados de longa duração, como os Centros Dia para Idosos que possam apoiar as famílias (LACERDA *et al.*, 2017; CAMARANO; MELLO, 2010). Esses dados permitem inferir que a grande maioria dos idosos é cuidada por suas famílias, dado que a legislação brasileira aponta, em primeira instância, a responsabilidade pelo cuidado ao idoso (SILVA; ALMEIDA, 2013; CAMARANO; MELLO, 2010), com escasso apoio do Estado (CAMARANO; MELLO, 2010).

A família é a principal cuidadora ou, em muitas situações, a única cuidadora e, por isso, fazem-se necessárias estruturas ou referenciais que permitam a avaliação da mesma diante do cuidado aos idosos. Entre esses referenciais, destaca-se o Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF), um referencial teórico-metodológico criado por enfermeiros que permite analisar a família como um sistema, concentrando-se nas relações entre seus membros, devendo ser adotado na elaboração de um mapa da família para macroavaliação das forças e problemas, considerando o histórico familiar (WRIGHT; LEAHEY, 2012).

O transtorno mental não repercute somente na vida do enfermo, mas reflete na vivência do grupo familiar, e cada um dos seus integrantes interpreta e vive a situação de forma única. A doença é um acontecimento adverso e inesperado que desorganiza a maneira de ser da família, demandando nova organização e adaptação. Ainda, os familiares, diante do diagnóstico de transtorno mental de um ente, sentem-se impotentes, fragilizados, culpados e podem negar a existência do transtorno. Há a frustração em relação às expectativas quanto ao desenvolvimento do ente que adoeceu em relação aos tratamentos e os familiares não sabem como ajudar (BORBA *et al.*, 2011).

Esses conflitos se dão com a família do portador de transtorno mental de forma geral, de modo que não se sabe quais são os conflitos existentes nas relações familiares ao se tratar de um idoso que, durante todo o processo de envelhecimento, vivenciou essa dependência de cuidado familiar, desencadeando a sobrecarga. Tal inquietação se torna cada vez mais relevante diante do envelhecimento populacional e do aumento dos idosos com transtorno mental, das lacunas nas políticas e nos estudos sobre a temática.

O presente estudo surge da convivência com meus avós. Minha avó materna faleceu aos 67 anos de idade e, em grande parte de sua vida, sofreu com transtorno bipolar. Meu avô, seu companheiro, era alcoólatra e tinham um histórico de violência familiar. Ainda, nesses últimos anos, o convívio com meu avô paterno, que começou a apresentar os sintomas maníacos mais tardiamente. Dessa forma, vivi e presenciei as dificuldades no cuidado a eles e, principalmente, com questões que envolviam os relacionamentos familiares.

Contudo, durante minha formação acadêmica na enfermagem tive a oportunidade de participar como bolsista de extensão em um Centro de Referência em Saúde Mental Álcool e Drogas (CERSAM-AD). Também, enquanto aluna de iniciação científica, participei de pesquisas com idosos em ILPIs e, posteriormente, como apoio técnico na Farmácia de Minas da Secretária Estadual de Saúde (SES), tive contato com usuários que eram portadores de transtorno mental, em sua maioria esquizofrenia e transtorno bipolar. Essas experiências moldaram minhas inquietações até o presente questionamento: como é o cuidado familiar prestado à pessoa idosa com transtorno mental?

Parte-se do pressuposto de que os idosos com transtornos mentais têm mais possibilidades de dependência em relação aos demais idosos, pois apresentam conjuntamente as fragilidades de envelhecer com o transtorno mental, ou até mesmo de desenvolvê-lo mais tardiamente, com outras doenças crônicas comumente diagnosticadas em idosos, tais como diabetes e hipertensão arterial. Além disso, os familiares não recebem orientações suficientes para cuidar do idoso com transtorno mental, aspecto agravado pela escassez de apoio do Estado nos cuidados de longa duração. É sabido que a vivência e a sobrecarga do cuidado com a pessoa com transtorno mental causam muitas mudanças na dinâmica familiar, desencadeando outras dificuldades no cuidado aos idosos.

Dessa forma, se mostra premente a necessidade de estudos acerca de idosos com transtornos mentais, como também a respeito da avaliação do cuidado familiar a esses idosos, visto que os estudos disponíveis não abordam todas as especificidades de cuidado da população idosa e ainda não há efetivação das legislações no contexto brasileiro. Considerando a ausência de dispositivos de cuidados de longa duração, como Centros Dia para Idosos, e até mesmo nos dispositivos existentes, como Instituições de Longa Permanência, ter transtorno mental é um dos principais critérios para a não admissão do idoso (LACERDA *et al.*, 2017).

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

Analisar o cuidado familiar prestado à pessoa idosa com transtorno mental, utilizando o Modelo Calgary de Avaliação da Família.

1.1.2 Objetivos específicos

- Caracterizar os idosos atendidos em um Centro de Referência em Saúde Mental;
- Compreender as demandas de cuidado e os recursos utilizados pela família no cuidado da pessoa idosa com transtorno mental.

2 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

2.1 O envelhecimento e as legislações brasileiras

O Brasil é um país que envelhece de forma acelerada, em especial nos últimos 20 anos, com aumento da população acima de 80 anos idade. A proporção de idosos em 2004 era de 9,7% da população, passando para 13,7% em 2014, com projeções de 18,6% para 2030 e de 33,7% para 2060, quando um em cada três brasileiros terá mais de 65 anos de idade (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015).

Apesar da convivência com esse rápido envelhecimento, é recente a ampliação dos direitos dos idosos, pois esses passaram a ser reconhecidos por lei somente a partir da Constituição Federal de 1988, um marco na consideração da cidadania. A seção da assistência social determina que a assistência a todo brasileiro que dela necessitar, independentemente da contribuição para a seguridade social (BRASIL, 1988).

Outro ponto interessante é o dever dos pais de assistir os filhos menores, e os filhos maiores de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade. Em seu artigo 230, Capítulo VII, Título VIII, a Carta Magna determina que: “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida” (BRASIL, 1988).

A partir da Constituição Federal de 1988, outras legislações foram propostas com a pretensão de garantir os direitos de atenção integral à pessoa idosa (FERNANDES; SOARES, 2012). Em janeiro de 1994 foi instituída a Política Nacional do Idoso (PNI), por intermédio da Lei 8.842, de 04 de janeiro de 1994, com objetivo determinado no Capítulo I, Artigo 1º, de assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Essa Lei teve a iniciativa de estabelecer articulação e integração entre as áreas de assistência social, educação, saúde, trabalho, habitação, justiça, lazer entre outras, reforçando o que tange ao idoso na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1994; CAMARANO, 2016).

No que se refere à saúde do idoso no contexto brasileiro, antes de 1999, não havia uma política específica que a contemplasse, mas apenas algumas legislações,

regulamentando a assistência ao idoso de uma maneira geral, incluindo ações com impactos na saúde, como a Constituição Federal de 1988, a Política Nacional do Idoso, a Portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 280, de 07 de abril de 1999, que trata sobre o acompanhante hospitalar de idoso, e o Decreto nº 1.948, 03 de julho de 1996, que regulamenta a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1988; BRASIL, 1994; BRASIL, 1996; BRASIL, 1999a).

Após um período de discussões e consultas àqueles envolvidos diretamente ou indiretamente com o envelhecimento e a velhice, foi aprovada a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), por meio da Portaria Ministerial nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999. Órgãos e entidades da saúde deveriam readequar seus programas, projetos e ações de acordo com as diretrizes estabelecidas na nova política (BRASIL, 1999b).

Quase dez anos após a Política Nacional do Idoso, foi aprovado pelo Congresso Nacional, e sancionado pelo Presidente da República, o Estatuto do Idoso, por meio da Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003, sendo considerada uma vitória pela abrangência dos segmentos contemplados e pela conquista da garantia aos direitos e da dignidade ao idoso. O Estatuto do Idoso trata da defesa dos direitos das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos e suas penalidades. O estatuto assegura a atenção integral à saúde da pessoa idosa, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhe o acesso universal e igualitário para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2003; GUIMARÃES *et al.* 2012).

No ano de 2006, houve avanços importantes para a saúde do idoso. O Pacto Pela Vida, instituído pela Portaria nº 399, de 22 de fevereiro, do Ministério da Saúde, trouxe como diretriz operacional a saúde do idoso, sendo ressaltados aspectos importantes da reinserção do idoso nas atividades da comunidade e instrumentos de avaliação e acompanhamento no serviço de saúde (BRASIL, 2006a). Considerando a necessidade de uma política mais atualizada que fosse ao encontro do Pacto pela Saúde de 2006, suas diretrizes operacionais e, com o objetivo de fortalecer e complementar o Estatuto do Idoso, principalmente no que se refere à saúde do idoso, foi atualizada a Política Nacional de Saúde do Idoso de 1999, sendo instituída, assim, em 19 de outubro de 2006, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) pela portaria nº 2528 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b).

Essa Portaria foi proposta de acordo com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde e promove, como algumas de suas estratégias, a criação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, a edição e distribuição do Caderno de Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa nº 19 e do Guia Prático do Cuidador, a elaboração do Plano Integrado de Ações e Proteção à Pessoa Idosa Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e Sistema Único de Saúde (SUS) e o fomento à pesquisa na área de envelhecimento e saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2006b).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa define que a atenção à saúde dessa população deve ter como porta de entrada a atenção primária, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade. A PNSPI apresenta como proposta basilar a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem exercendo de forma independente suas funções na sociedade (GUIMARÃES *et al.*, 2012; ALVES-SILVA; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2013).

Trazendo para o cenário deste estudo, em Belo Horizonte, a Lei Municipal do Idoso nº 7.930, de 30 de dezembro de 1999, tem como objetivo gerar condições para a proteção e a promoção da autonomia, da integração e da participação efetiva do idoso na sociedade. Para tentar coordenar e implementar essa lei, em conjunto com as demais legislações vigentes, o município conta com a Coordenadoria de Direitos da Pessoa Idosa (CDPI), que também tem como atribuições: propor, elaborar, implantar e coordenar programas de defesa da cidadania do idoso e sua reinserção na comunidade e atuar na articulação das instituições de cidadania para promoção do exercício de atividades autônomas de participação social (BELO HORIZONTE, 1999).

No Brasil, o cenário da velhice já se delineia para um futuro próximo, exigindo que as práticas de promoção da saúde do idoso sejam permeadas por situações que contribuam para prepará-los para o enfrentamento das diversas realidades apresentadas. A luta dos direitos sociais e humanos do idoso para a construção da cidadania não pode parar.

2.2 O transtorno mental presente na velhice

Atrelada a transição demográfica, com o envelhecimento, ocorre também uma transição epidemiológica, sendo prevalentes doenças crônicas, entre as quais se destacam os transtornos mentais que atingem cerca de 1/3 da população de idosos (CLEMENTE; LOYOLA FILHO; FIRMO, 2011). Transtornos/doenças mentais podem ser caracterizados como respostas desajustadas a fatores estressantes, internos ou externos, evidenciados por uma combinação de pensamentos, percepções, emoções e comportamento anormais em relação às normas locais e culturais e podem interferir no social, ocupacional e/ou físico dos indivíduos (TOWNSEND, 2014; PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2018). Entre os transtornos mentais, estão: depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia e outras psicoses, demência, deficiência intelectual e transtornos de desenvolvimento, incluindo o autismo (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Estudo realizado na cidade de São Paulo, no ano de 1997, verificou que, dos atendimentos de idosos no pronto socorro de saúde mental, 15,4% foram transtornos ansiosos, 14,4% esquizofreniformes e 6,7% dependência química (ALMEIDA, 1999). Ressalta-se ainda a subnotificação em inquéritos relacionados à saúde mental em decorrência dos estigmas. Quando abordada a demanda em serviços especializados, estima-se que apenas um em cada 20 casos é devidamente encaminhado e acompanhado por esses serviços (RIBEIRO, INGLEZ-DIAS; 2011).

Os transtornos mentais afetam de 5% a 25% da população adulta, e estão entre as seis principais causas de incapacidade. Segundo estimativas do Ministério da Saúde, pelo menos cinco milhões de brasileiros (5% da população) sofrem com transtornos mentais graves e persistentes; e a Organização Mundial da Saúde (OMS) atribui 25% do total de anos vividos com incapacidade – *Years Lived with Disability* (YLDs) – aos transtornos mentais (CLEMENTE, 2015). Ainda segundo Ministério da Saúde, os transtornos mentais estão entre as dez doenças mais incapacitantes no mundo, sendo responsáveis por 28% de todos os anos vividos com alguma incapacidade (BRASIL, 2013).

Em se tratando de políticas de atenção à saúde mental, pode-se dizer até que proteção social, a reforma sanitária e a reforma psiquiátrica são sinérgicas e convergentes, e que tiveram seu ápice com a Constituição de 1988. Mas foi a

aprovação da “Lei Paulo Delgado”, Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, o maior marco político na Saúde Mental, que garante o direito da pessoa portadora de transtornos mentais de ser tratada em serviços comunitários de saúde mental e promove a disseminação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (BRASIL, 2001; RIBEIRO; INGLEZ-DIAS, 2011).

No estado de Minas Gerais, uma descrição histórica quanto às políticas de saúde mental contemplam a Lei Estadual 11.802, de 18 de janeiro de 1995, alterada pela Lei Estadual nº 12.684, de 01 de dezembro de 1997, que dispunha sobre a promoção da saúde e reintegração dos portadores de saúde mental pelos serviços substitutivos à hospitalização (MINAS GERAIS, 1995; MINAS GERAIS, 1997).

Apona-se também a Portaria do Ministério da Saúde nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); a Portaria nº 664, de 23 de abril de 2013, do Ministério da Saúde, que aprova o Plano de Ação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Minas Gerais; e, por fim, a Resolução CESMG nº010, de 08 de julho de 2016, que institui a Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, estabelecendo a regulamentação da sua implantação e operacionalização e as diretrizes e normas para a organização da RAPS no estado (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013; MINAS GERAIS, 2016).

Em Belo Horizonte, há um pioneirismo na implantação dos CAPS, conhecidos como Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM), que tiveram início no começo da década de 1990 e foram consolidados com o Programa de Volta para Casa e o apoio matricial da saúde mental às equipes de atenção básica. Ainda foram implementadas, no ano de 1985, equipes de saúde mental compostas por um psiquiatra, um psicólogo e uma assistente social, que atendiam em determinados Centros de Saúde da capital mineira, referenciando equipes de saúde da família no território adscrito (OLIVEIRA, 2008). Posteriormente, essa rede foi instituída como a Rede de Atenção Psicossocial com a proposta de ofertar o tratamento por meio da articulação entre os distintos serviços de apoio (BRASIL, 2013).

Não existe nenhum serviço específico de assistência ao idoso com transtorno mental na realidade brasileira. Assim, há falta de identificação e valorização de suas necessidades específicas, acrescida da falta de organização dos serviços de saúde para atender às suas demandas e capacitação profissional (MANTOANI; VASCONCELOS; FREITAS, 2014). Para mais, muitos profissionais nos diferentes

serviços de saúde não estão aptos a reconhecer sintomas específicos e efetuarem o encaminhamento adequado nos casos de transtornos mentais. Pode-se citar a depressão, quando o paciente procura o serviço de saúde com sintomas físicos inespecíficos e acaba subdiagnosticado e subtratado (RIBEIRO; INGLEZ-DIAS, 2011).

De modo geral, a pessoa com transtorno mental, quando está inserida em seu domicílio, cria uma demanda de cuidado que envolve a família e o próprio idoso. Nessa conformação, a família necessita ser orientada e incluída no plano terapêutico e, por vezes, também necessita de cuidado. Isso decorre dos desgastes físicos, emocionais e financeiros provenientes da condição crônica do idoso (BORBA *et al.*, 2011).

A tarefa de cuidar do idoso com transtorno mental fica com a família e é forçada pela legislação (SILVA; ALMEIDA, 2013) ou, quando possível, o abrigo, porém, muitas vezes, fica a opção pelas Instituições de Longa Permanência para Idosos que podem não estar aptas a cuidar dessas pessoas (MANTOANI; VASCONCELOS; FREITAS, 2014).

No entanto, essa não é uma realidade acessível a todos, uma vez que as ILPIs comportam cerca de 1% da população idosa. No município de Belo Horizonte e em sua Região Metropolitana, não existem instituições públicas, havendo, em sua maioria, instituições privadas que apontam o transtorno mental como um dos principais critérios para a não admissão do idoso na residência (LACERDA *et al.*, 2017).

Com intuito comparativo, a dinâmica familiar é alterada quando cuidam de uma pessoa dependente (MOCELIN *et al.*, 2017) e o cuidado à pessoa idosa com transtorno mental é ainda mais complexo, pois envolve sentimentos intrínsecos à vivência de um acontecimento imprevisto. Muitas vezes, a família se sente impotente, fragilizada, culpada, frustrada, porque não sabe como ajudar (BORBA *et al.*, 2011).

A demanda de cuidados, ocasionada pela perda da autonomia ou incapacidade, traz repercussões negativas para os ambientes de convívio, como o ambiente familiar (FERREIRA, 2015; OLIVEIRA *et al.* 2016). Em sua maioria, essas repercussões acontecem pelo despreparo e falta de estrutura das famílias, circunstâncias que potencializam um ambiente conflituoso e gerador de ansiedades, intensificando a necessidade de reajuste da dinâmica familiar (REIS *et al.* 2015).

Portanto, um olhar mais amplo e direcionado aos idosos, em especial aos idosos com transtorno mental, se faz necessário, ao mesmo tempo em que se caracteriza como um grande desafio na busca por uma atenção integral e específica às suas demandas. Como parte desse desafio, destaca-se o trabalho dos profissionais enfermeiros junto à população idosa com transtorno mental, visando à identificação de problemas no contexto social e familiar, efetivando intervenções de ensino, pesquisa e assistência, e respeitando suas singularidades.

2.3 O cuidado familiar ao idoso com transtorno mental

Os seres humanos, ao iniciarem o processo de viver em sociedade, quando deixaram de ser nômades, começaram a conviver, dividindo objetos e alimentos. Juntamente com esse processo, desenvolveu-se o cuidado como forma de sobrevivência e, posteriormente, como expressão de interesse e carinho (MORAIS *et al.*, 2011).

Cuidar pode ser definido como manter a vida, satisfazendo as necessidades indispensáveis à mesma, mas que são diversificadas, manifestando-se por desvelo, responsabilidade, atenção, cautela, entre outros atributos do cuidado humano. O cuidado pode ser compreendido como algo que permite a continuidade da vida das pessoas, dos grupos e das sociedades. Acredita-se que sua origem esteja relacionada a qualquer pessoa que ajude outra a ter garantida a manutenção de sua vida, conforme proposto pela enfermeira Marie-Françoise Collière, e não a um ofício ou profissão, embora a enfermagem tenha como principal característica a prática de cuidados (COLLIÈRE, 1989; MORAIS *et al.*, 2011).

A partir dos laços afetivos, que tornam as pessoas importantes e valorosas, surge o cuidado, como uma atitude que contempla preocupação, ocupação, responsabilização e envolvimento com o outro (BOFF, 2001). Essas compreensões de cuidado estão presentes na família, e o cuidado familiar envolve complexas relações de dar e receber ajuda material, suporte instrumental orientado aos comportamentos ou ao contexto do cuidado e apoio emocional, expresso em presença, companheirismo, afeto, empatia, escuta e confirmação (MARCON *et al.*, 2002; LINS; ROSAS; NERI, 2018).

Na construção histórica do cuidado familiar, o cuidado é uma função socialmente atribuída às mulheres; na antropologia, o homem era tido como o

provedor, e a mulher, a cuidadora. A mulher cuidava de toda a família, da criança ao ancião, atendendo as diferentes necessidades de cuidado, incluindo o adoecimento. Mas essa não é uma regra sem exceção, pois, na ausência da mulher, o homem também desempenha o cuidado, e essa realidade tem aumentado muito após a inserção da mulher no mercado de trabalho e as mudanças na conformação familiar (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

No seu cotidiano, as famílias possuem uma prática de cuidado fortemente vinculada ao seu meio cultural, às suas condições socioeconômicas e às interações com a rede social (MARTINS *et al.*, 2012). Portanto, conhecer e delimitar o papel de cada membro da família torna-se fundamental, à medida que leva à compreensão da forma de cuidado adotado, bem como às suas dificuldades e aos seus esforços para superar situações de crises.

Há diversos arranjos familiares na contemporaneidade que podem assumir diferentes configurações como família biológica (pais e filhos), família nuclear (que incorpora um ou mais membros da família ampliada, família de origem), família com um só dos pais, família comunal (casal) hétero ou homossexual, entre outras. Família pode, então, ser conceituada como um grupo que se identifica como tal, sendo composto por pessoas unidas por vínculos biológicos, afetivos ou por afinidade. Essas pessoas que compõem o grupo familiar têm senso de pertencimento, comprometem-se umas com as outras e compartilham valores, crenças, conhecimentos e práticas (GIRARDON-PERLINI *et al.*, 2016).

Para entender melhor o que é uma família, pode-se explicá-la na perspectiva da teoria de sistemas, pois família é um sistema complexo e cada um de seus membros é um subsistema caracterizado por elementos em mútua interação entre si. Esse sistema, família, ainda interage com suprassistemas, vizinhanças, organizações e comunidades. Assim, o que acontece com um membro da família afeta a todos, da mesma forma que esse é afetado. A família tem a capacidade de criar equilíbrio entre as mudanças (WRIGHT; LEAHEY, 2012).

As famílias, por meio dos subsistemas e das posições atribuídas a elas, passam por mudanças no decorrer dos anos ou de acontecimentos que pode ser explicada pela teoria do desenvolvimento da família. Essa aborda os diferentes processos e mudanças que ocorrem no ciclo de vida familiar e tarefas de desenvolvimento. O ciclo de vida familiar se divide em períodos da vida e descreve mudanças na estrutura e nos papéis de cada fase (jovens solteiros saindo de casa,

união de famílias no casamento, famílias com crianças, famílias com adolescentes, famílias com filhos saindo de casa, e famílias na terceira idade) (WRIGHT; LEAHEY, 2012; FRÁGUAS; ALMEIDA; SOARES, 2017).

Em toda história da família seu papel é de proteção e cuidado aos seus membros e pela rotina do grupo familiar seus integrantes identificam a necessidade de cuidados, como os sinais de doença em seus membros (ANGELO; BOUSSO, 2001). Como tudo que acontece com um dos membros tende a afetar todo o grupo, esses membros passam a desenvolver seu papel de cuidado. E assim como em outras situações, o envelhecimento de um membro da família gera a necessidade de cuidados e a adequação dos outros membros a essa demanda (MOCELIN *et al.*, 2017).

Envelhecer é um processo natural da vida que produz alterações físicas e comportamentais que podem ocorrer em diversas situações e padrões distintos (FILETE, 2016). Muitas vezes, envelhecer é associado à perda da autonomia e à dependência de cuidados, e envelhecer acompanhado de enfermidades crônicas gera fragilidade, trazendo repercussões negativas nos ambientes familiares e sociais (POLARO *et al.*, 2013; FERREIRA, 2015; OLIVEIRA *et al.* 2016).

Contudo, ressalta-se a tendência das legislações voltadas para a atenção ao idoso que tem a propensão de defender o domicílio e a família como melhor local de cuidado para envelhecer. Mas esse nem sempre é o espaço idealizado para se viver, principalmente sob a necessidade de cuidados, fato agravado pela falta de apoio de serviços sociais e de saúde para o indivíduo e principalmente para a família como unidade. Essa realidade sobrecarrega as forças negativas na dinâmica familiar, causando desconfortos e desequilíbrios (CAMARANO; MELLO, 2010; POLARO *et al.*, 2013; REIS *et al.* 2015).

No que diz respeito à saúde mental, até o final da década de 1970, a atribuição e o cuidado aos pacientes com transtorno mental, precário e excludente da sociedade, eram designados aos manicômios e às instituições psiquiátricas. Nesse sistema de atenção, a família era excluída do cuidado, mas, após a reforma psiquiátrica, a família foi integrada ao cuidado, sendo considerada como um agente potencial ao tratamento e ao cuidado. No entanto, quando a família também não recebe atenção, cuidado e orientação para lidar com o ente adoecido, ela está sujeita a sobrecarga e desgaste das relações e vínculos (MARTINS; GUANAES-LORENZI, 2016), se tornando, por muitas vezes, disfuncionais. Isso não ocorre por

vontade, mas porque as famílias têm dificuldade em lidar com o familiar com transtorno mental.

Nesse contexto, há conflitos familiares pelo descompasso temporal e em relação à realidade, à perda e à dificuldade de comunicação e interação. Por sua vez, esses aspectos geram sofrimento pelo sentimento de culpa, impotência e frustrações em relação à vivência e à aceitação do diagnóstico de transtorno mental do familiar (BORBA *et al.*, 2011).

2.4 Modelo Calgary de Avaliação da Família no cuidado a pessoa idosa com transtorno mental

Como profissionais, os enfermeiros se deparam constantemente com famílias em sua rotina de trabalho, da mesma forma que também são parte integrante de uma família. Essa pode ser considerada como unidade de cuidado na prática assistencial do enfermeiro em diferentes contextos de atuação profissional, influenciando a teoria e a prática na enfermagem. Assim, há uma tendência de mudança no modelo de cuidado da enfermagem que inclui, além do indivíduo, sua família como parte e partícipe do processo de cuidar e ser cuidado (WRIGHT; LEAHEY, 2015; ELSEN *et al.*, 2016; MAZZA *et al.*, 2018).

Famílias são construções sociais presentes em todas as sociedades e, ao incluir a família no processo de cuidado, faz-se necessário abordá-la como unidade (WRIGHT; LEAHEY, 2015). Para isso, é preciso eleger uma definição de família, pois se trata de um sistema complexo, dinâmico e plural, que pode ter várias definições por não existir um único modelo ou formato de organização. Deve-se atentar também para o fato de que as definições de família sofrem influências socioculturais, econômicas e religiosas (MAZZA *et al.*, 2018).

Para a avaliação da saúde em família, há a necessidade de modelos que possibilitem a concepção de cuidados orientados na coleta de dados e planejamento de intervenções. Um desses modelos é o Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF), que foi proposto por duas enfermeiras canadenses, Wright e Leahey, em 1984, como uma adaptação da estrutura de avaliação da família proposta por Tamm e Sanders, também enfermeiras canadenses da Universidade de Calgary. Ao propor a utilização do modelo, as autoras sugerem o conceito de que “[...] família é o que

eles dizem que são”. E, desde a sua criação, esse modelo tem sido continuamente aperfeiçoado e divulgado pelo mundo (WRIGHT; LEAHEY, 2015).

O MCAF é uma estrutura multidimensional, integrada, baseada em sistemas de comunicação utilizados por enfermeiros para avaliar a família, possibilitando uma visão ampla da família como sistema que inclui relações internas e externas, forças e fragilidades, permitindo ao enfermeiro conhecer a família, sua dinâmica e identificar suas necessidades, como também alternativas específicas de cuidado às demandas (WRIGHT; LEAHEY, 2012;).

Segundo Wright e Leahey (2012), o MCAF é baseado e integrado em seis pressupostos teóricos, sendo eles:

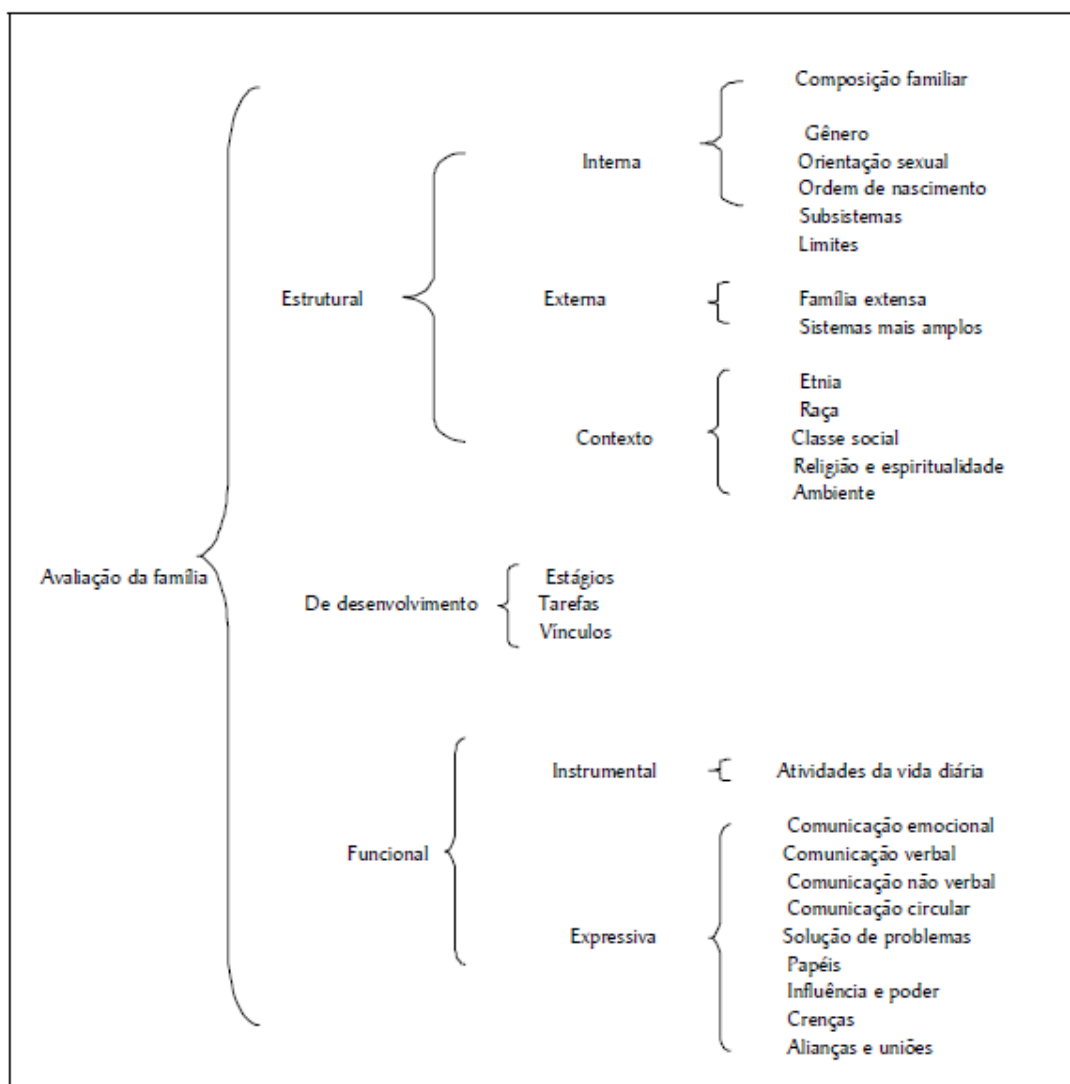
- Pós-modernismo: reconhece a existência de caminhos distintos para compreender e experimentar a doença na existência das famílias e possibilita abertura ao diálogo entre enfermeira e família;
- Teoria dos sistemas: a família como um sistema, constituída de subsistemas, que é parte de um suprassistema (o todo exerce influência nas partes). Mediante a situação de doença, a família tende ao equilíbrio entre mudança e estabilidade, sendo que um membro da família tem impacto sobre todo o sistema, família, assim como o mesmo também sofre impacto da família;
- Cibernética: os sistemas familiares têm capacidade autorreguladora, desta forma, as mudanças resultam em novos comportamentos ou no surgimento de um padrão totalmente novo;
- Teoria da comunicação: maneira pela qual os indivíduos interagem uns com os outros, por canais de transmissão em nível de conteúdo e relacionamento;
- Teoria da mudança: as mudanças não ocorrem igualmente em todos os membros da família; alterações como compensação das perturbações têm a finalidade de manter a estabilidade;
- Biologia da cognição: visões diversificadas para compreender eventos e experiências de vida.

Esse modelo ainda engloba três categorias principais de avaliação que podem se subdividir em várias subcategorias, cabendo ao enfermeiro à decisão de quais subcategorias são relevantes e deverão ser utilizadas. Essas categorias e subcategorias podem ser descritas e conceituadas em um diagrama (Figura 1) e, ao utilizar essas subcategorias, os enfermeiros coletam maiores informações

microscópicas, mas devem estar atentos para não perder o foco e reunir informações mais relevantes para cada avaliação (WRIGHT; LEAHEY, 2012). As três categorias são:

- Avaliação estrutural: composição da família, os vínculos afetivos por três aspectos: estrutura interna, estrutura externa e contexto;
- Avaliação funcional: detalhes sobre os comportamentos dos indivíduos uns com os outros referentes ao cotidiano, papéis familiares, comunicação e resolução de problemas;
- Avaliação desenvolvimental: enfatiza a trajetória exclusiva construída por uma família e é modelada por eventos previsíveis e imprevisíveis.

Figura 1: Diagrama ramificado do Modelo Calgary de Avaliação da Família.



Fonte: Wright e Leahey (2012).

O emprego de uma estrutura de avaliação da família ajuda o enfermeiro a organizar informações aparentemente desiguais ou analisar os relacionamentos entre variáveis múltiplas que apresentam impacto na família, proporcionando também um foco para a intervenção. Uma das indicações para avaliar a família consiste na determinação do problema pela própria família, como uma questão familiar, e a existência da motivação para sua avaliação. Entretanto, não há um modelo de avaliação que consiga explicar todos os fenômenos da família (WRIGHT; LEAHEY, 2012), pela sua diversidade de arranjos, configurações e trajetórias.

Assim, o MCAF é um referencial metodológico que permite analisar a família como um sistema, concentrando-se nas relações entre seus membros. Esse método deve ser adotado na elaboração de um mapa da família para macroavaliação das forças e problemas, considerando o histórico familiar. Para o registro do MCAF, geralmente, utiliza-se o genograma e o ecomapa em conjunto (WRIGHT; LEAHEY, 2012; MAZZA *et al.*, 2018).

O Genograma é um diagrama do grupo familiar com potencial de ilustrar a representação gráfica familiar multigeracional, incluindo a hereditariedade com os problemas de saúde, influências sociais, ocupacionais, religiosas e outras. É padronizado com símbolos e códigos, abrangendo pelo menos três gerações com eventos nodais e críticos históricos relacionados principalmente aos ciclos de vida (WRIGHT; LEAHEY, 2012; MAZZA *et al.*, 2018).

O Ecomapa é um diagrama das relações intra e extrafamiliares, representando conexões da família com o mundo e identificando sua organização e equilíbrio entre necessidades e recursos. Na sua utilização coloca-se o genograma da família em um grande círculo que interage com os círculos menores ao redor que, por sua vez, representam pessoas, órgãos ou instituições ligadas por linhas retas, pontilhadas ou cortadas. As linhas retas representam vínculos fortes enquanto as pontilhadas representam vínculos fracos e as cortadas os vínculos estressantes. Além disso, também são utilizadas setas para indicar o fluxo de energias e os recursos (WRIGHT; LEAHEY, 2012; MAZZA *et al.*, 2018).

A literatura traz diversos trabalhos que utilizaram o referencial do MCAF, envolvendo o cuidado com idosos em contextos diferentes como na atenção primária, no atendimento domiciliar, incluindo um estudo que contempla a dinâmica familiar de idosos com mais de 80 anos de idade, idosos hospitalizados em cuidados paliativos e no acompanhamento familiar durante a realização de um projeto de

extensão. Essas publicações se diferem quanto ao tipo de estudo, mas todas reforçam a importância do modelo na identificação da dinâmica familiar, proporcionando melhor tomada de decisão (SILVA; BOUSSO; GALERA, 2009; HORTA; FERREIRA; ZHAO, 2010; LEITE *et al.*, 2012; CECILIO *et al.*, 2014; DUARTE, 2015; CAVALCANTE *et al.*, 2016).

Ainda, um dos estudos também utilizou da metodologia do estudo de caso, porém de caso único, utilizando de outros modelos e escalas para avaliar algumas subcategorias (CAVALCANTE *et al.*, 2016)

O MCAF foi utilizado em situações de transtornos mentais em dois estudos, sendo um com foco na dimensão estrutural avaliando a convivência em família de com o portador de transtorno mental em tratamento em CAPS de uma cidade na região sul do estado do Rio Grande do Sul. O portador de transtorno mental era jovem, 28 anos e tinha o diagnóstico de esquizofrenia. O trabalho abordou a estrutura familiar e intervenções realizadas na família (SOUZA *et al.*, 2009).

O outro estudo abordava a depressão dos idosos. Nele, a depressão foi reconhecida como um transtorno afetivo grave que pode causar a deterioração da autonomia e dependência. Foi dado enfoque ao risco do suicídio do idoso com depressão, abordando a dificuldade de diagnóstico adequado por não apresentar sinais e sintomas típicos e pela predominância de sintomas somáticos (HORTA; FERREIRA; ZHAO, 2010).

Salienta-se que a dificuldade de diagnóstico leva à inadequação do tratamento ou o atraso do mesmo, como também em relação aos sintomas somáticos que podem provocar mudanças de humor, irritabilidade e dificuldade cognitiva nos idosos, características que, muitas vezes, afetam as relações familiares, provocando desgastes e sobrecarga (HORTA; FERREIRA; ZHAO, 2010).

Silva, Bousso e Galera (2009) ressaltam a necessidade da qualificação do profissional enfermeiro no uso de referenciais como o MCAF, com o devido respaldo científico na adoção de instrumentos pertinentes na abordagem familiar. Além disso, estudos apontam para a importância da inserção do enfermeiro na qualificação do cuidado ao idoso pelo uso de teorias e modelos disponíveis na abordagem da família (LEITE, *et al.*, 2012; DUARTE, 2015).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa. A investigação contempla a imersão nos significados do cuidado familiar aos idosos com transtornos mentais, levando em consideração a sua história, relações, representações, crenças, percepções e opiniões, produtos das interpretações a respeito de como vivem, sentem, elaboram e executam o seu cotidiano (MINAYO, 2014).

Utilizou-se do método de estudo de casos múltiplos, investigação empírica em profundidade a respeito de determinado fenômeno contemporâneo no contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são evidentes (YIN, 2010). Segundo Gil (2010), estudos de casos múltiplos são estudos em que o pesquisador investiga determinado fenômeno conjuntamente em mais de um caso.

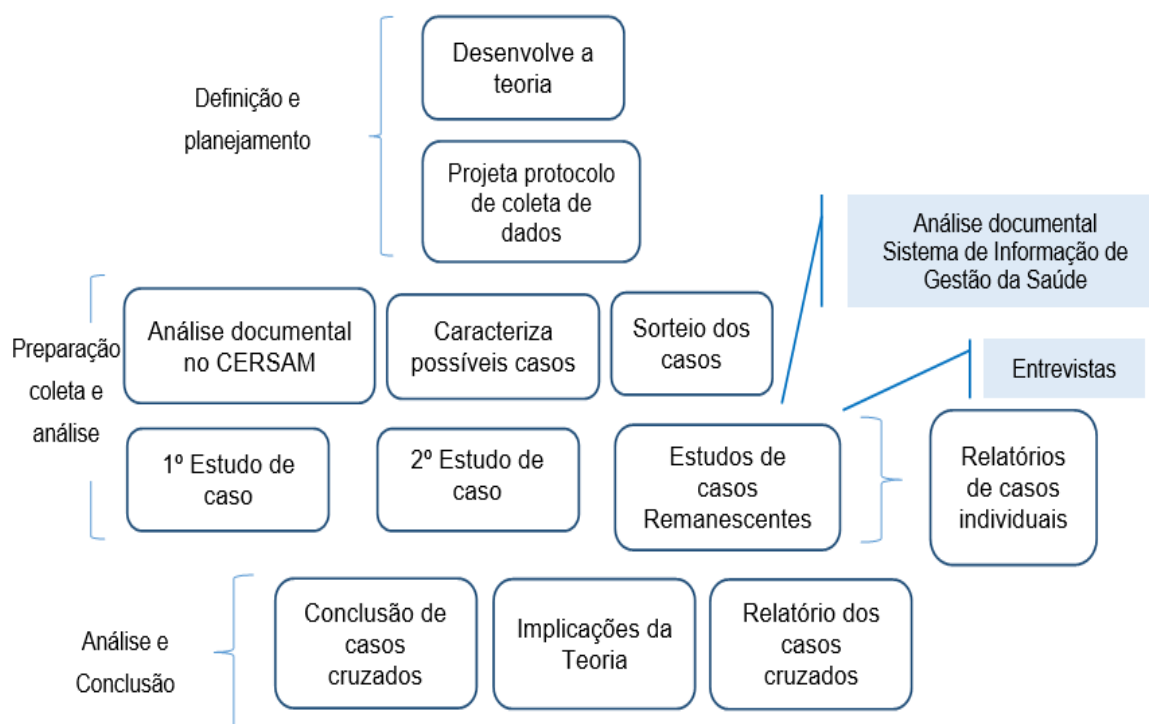
Estudos de caso único ou de casos múltiplos são variantes da mesma estrutura metodológica, com a distinção de que há estudos de casos raros ou exclusivos que não podem ser satisfeitos por estudos múltiplos. Ao mesmo tempo, em determinados fenômenos, é possível a replicação de casos, com resultados similares (replicação literal) ou resultados contrastantes (replicação teórica), proporcionando a comparação entre os casos em relatório único. Estudos de casos múltiplos são semelhantes a experimentos múltiplos, pois, quando há uma descoberta significativa em experimento único, são realizadas replicações para verificar se a descoberta pode ser duplicada e, com essas replicações, a descoberta original pode ser considerada robusta (YIN, 2010).

Os estudos de casos ainda podem se distinguir entre holísticos, quando há apenas uma unidade de análise, ou seja, 'o caso', e integrados, com unidades múltiplas de análise. A diferença entre os dois depende do tipo de fenômeno estudado e das questões de pesquisa (YIN, 2010).

Dessa forma, esta investigação se configura como um estudo holístico de casos múltiplos em que a unidade de análise, 'o caso', é o cuidado familiar à pessoa idosa com transtorno mental, em que se buscou compreender as demandas de cuidado e os recursos utilizados pela família. A seguir, apresenta-se o esquema com

a síntese da estratégia metodológica empregada com adaptação do método de estudo de caso proposto por Yin (2010) em conjunto com as especificidades deste estudo

Figura 2: Síntese da estratégia metodológica.



Fonte: Elaborado pela autora.

Ressalta-se que a teoria contemplada na literatura norteadora dos estudos de caso, exposta no esquema acima, pode ser entendida como pressupostos, noções tidas como verdadeiras na elaboração do projeto de pesquisa, mas sem provas. Ainda, durante o estudo de caso, a teoria não precisa ser testada ou analisada, mas, sim, demonstrada (FAVERO; RODRIGUES, 2016).

Cabe reforçar que este estudo parte do seguinte pressuposto: idosos com transtornos mentais têm mais possibilidades de dependência em relação aos demais idosos, pois apresentam conjuntamente as fragilidades de envelhecer com o transtorno mental, ou até mesmo de desenvolvê-lo mais tardiamente, de forma concomitante, com outras doenças crônicas comumente diagnosticadas em idosos, tais como diabetes e hipertensão arterial.

Além disso, os familiares não recebem orientações suficientes para cuidar do idoso com transtorno mental que é agravado pela escassez de apoio do Estado nos cuidados de longa duração. É sabido que a vivência e a sobrecarga do cuidado com a pessoa com transtorno mental causam muitas mudanças na dinâmica familiar, desencadeando outras dificuldades no cuidado aos idosos.

3.2 Local de estudo

O estudo aconteceu na cidade de Belo Horizonte, capital de Minas Gerais, que tem uma população idosa de cerca de 370.000 pessoas (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2019a), sendo que, desses, 99% vivem com a família, sozinhos ou com algum tipo de cuidador, pois apenas 1% está institucionalizado (LACERDA *et al.*, 2017)

Belo Horizonte é dividida em nove regionais ou distritos sanitários: Barreiro, Centro Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova. Essa separação tem como objetivo atender as necessidades de cada localidade e definir programas e ações específicas, e para isso, cada regional tem uma gestão local (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2018).

Neste estudo, em decorrência do tempo e do tamanho do município, fez-se a escolha de trabalhar em um dos Centros de Referência em Saúde Mental que estão presentes em oito das nove regionais do município. A escolha pelo CERSAM específico desta pesquisa se deu por conveniência, por ser o CERSAM de mais fácil acesso para a mestrandia dentre os oito existentes no município.

A regional em que o CERSAM está inserido apresenta uma população classificada, em sua maioria, em médio (60,5%) e elevado risco (24,1%), um total de 84,6%, sendo a segunda em relação a menor porcentagem da população em baixo risco (6,7%) no Índice de Vulnerabilidade da Saúde (IVS) (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2019b).

O CERSAM, denominado como CAPS de acordo com a legislação do ministério da saúde, é um serviço comunitário de saúde mental projetado para responder às principais necessidades de cuidados dos pacientes que sofrem de transtornos mentais graves e persistentes (ALMEIDA, 2019). O tratamento nos CERSAMs busca a estabilização do quadro clínico, a reconstrução da vida pessoal,

o suporte necessário aos familiares, o convívio e a reinserção social com equipe multiprofissional (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2019b).

O CERSAM conta com gerencia, duas salas administrativas, sala de reuniões, copa, refeitório, posto de enfermagem, duas enfermarias de observação e Hospitalidade Noturna (HN), rouparia, farmácia, sala de plantão, sala de oficinas e quatro consultórios. Conta com equipe administrativa, recepcionista, limpeza, copa, psiquiatras, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais.

No serviço, os técnicos de nível superior da saúde trabalham divididos em quatro equipes, sendo que cada uma delas deveria ser constituída por um médico e um profissional de cada uma das outras categorias. Cada equipe é responsável por uma das quatro microrregionais divididas no território de abrangência do serviço.

Esse dispositivo oferece atendimento para pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, com seis vagas de hospitalidade noturna. Trabalha também com Permanência Dia (PD), com 60 vagas diárias durante toda a semana e, nos dias úteis, ambulatório e demanda espontânea, atendendo um fluxo de quase 300 pessoas diariamente.

3.3 Participantes

Participaram da pesquisa 326 idosos atendidos pelo CERSAM entre julho de 2017 e julho de 2019. Na etapa de entrevistas foram sete familiares de três dos 326 idosos participantes. A primeira etapa da pesquisa incluiu a caracterização dos idosos atendidos no CERSAM. Todos os pacientes com 60 anos de idade ou mais, atendidos no período estabelecido, foram incluídos.

Na etapa de entrevistas com familiares, utilizou-se como critério de inclusão a constatação, no prontuário dos idosos, de atendimentos recebidos antes de julho de 2017. Ou seja, idosos que foram atendidos no período estipulado, mas que constassem nos prontuários acompanhamento prolongado no serviço anterior ao período de julho de 2017 a junho de 2019.

Ressalta-se que entre os 107 idosos elegíveis como caso, que já estiveram em tratamento no CERSAM antes de julho de 2017, atendidos novamente no período entre julho de 2017 e julho de 2019, um não entrou para o sorteio dos casos, pois havia, no prontuário, o registro do seu falecimento.

Os idosos foram sorteados um a um, após cada sorteio seguiu-se com tentativas de contatar a família com contatos telefônicos e visitas *in loco*. Ao todo foram sorteados nove idosos, mas participaram da pesquisa como caso três idosos e suas famílias.

Cabe relatar que, por telefone, três famílias se recusaram a participar, dois idosos não foram encontrados nem pela visita no endereço informado, e um familiar se mostrou muito solícito ao telefone, porém, não estava no endereço, apenas os idosos sozinhos (idoso participante da pesquisa e sua esposa que não aceitou participar da entrevista como familiar) nas três tentativas em que foi agendada a visita para a realização da entrevista.

Ainda, cada familiar participante das entrevistas e o próprio idoso receberam um novo nome como codificação, e os demais familiares foram denominados por sua função na família ou por siglas. A participação quantitativa dos familiares por idoso foi: Alvarez, dois familiares; Rosa, quatro familiares; e Lorenzo, um familiar.

3.4 Coleta dos dados

O período de coleta de dados foi entre 29 de agosto de 2019 a 13 de março de 2020. A coleta precisava acontecer durante a permanência dos recepcionistas do serviço, e a disponibilidade de computador para acessar os prontuários eletrônicos do Sistema de Informação de Gestão de Saúde (SIGS) do município era difícil pela demanda do serviço.

A coleta de dados foi dividida em três etapas (Figura 3), com a utilização de análise documental e entrevistas com roteiro semiestruturado, sendo em que aconteceram simultaneamente.

Figura 3: Síntese da coleta de dados: etapa, procedimento e produto.

Etapa	Procedimento	Produto
1ª Etapa Análise documental, levantamento de dados	Analisado todos os prontuários do CERSAM.	+ de 14 mil
	Criada planilha para Caracterização.	326 participantes
	Selecionado participantes elegíveis para sorteio (atendimentos antes de junho de 2017).	107 idosos
	Identificado um falecimento entres os selecionados para sorteio.	106 idosos
	Realizado Sorteio.	9 idosos
	Contato telefônico e visitas <i>in loco</i> .	3 famílias
2ª Etapa Entrevistas	Realizadas entrevistas família de Alvarez	2 entrevistados
	Realizadas entrevistas família de Rosa	4 entrevistados
	Realizadas entrevistas família de Lorenzo	1 entrevistado
3ª Etapa Análise documental prontuários sorteados	Digitalização dos prontuários.	Total participantes
	Leituras horizontais. Confirmação e validação dos dados das entrevistas.	326 idosos
		7 familiares

Fonte: Dados da Pesquisa, Belo Horizonte (2020).

3.4.1 Primeira etapa: análise de prontuários

A primeira etapa se refere à coleta documental que se assemelha a um levantamento dos dados (GIL, 2010) que foram coletados nos prontuários de cada participante. A seguir, foi criada uma planilha no *Excel*, com as variáveis de nome, data de nascimento, sexo, diagnóstico, data do primeiro e do último atendimento, idade no último atendimento, estado civil, endereço e telefone, para preenchimento durante coleta e organização dos dados.

Ressalta-se que foram analisados todos os prontuários do CERSAM em busca de idosos atendidos entre julho de 2017 e junho de 2019. Entre os prontuários, foram encontrados 326 participantes, possibilitando a caracterização dos idosos com transtorno mental atendidos no serviço.

3.4.2 Análise dos prontuários sorteados

A partir dessa primeira análise documental no CERSAM, foi realizado o sorteio dos casos. Os números dos 106 idosos elegíveis como casos na planilha foram escritos em pequenos papéis, dobrados, colocados em um pacote e sacudidos e, posteriormente, foram retirados nove números.

Após o sorteio dos possíveis casos, esses prontuários foram digitalizados na íntegra com auxílio do aplicativo de smartphone *CamScanner*, que possibilitou validar e valorizar as evidências obtidas nas entrevistas posteriormente (YIN, 2010). Para os participantes sorteados, seguiu-se também com a análise documental dos prontuários eletrônicos no Sistema de Informação de Gestão de Saúde do município.

3.4.3 Entrevistas

Conforme Minayo (2014), a entrevista com roteiro semiestruturado é utilizada, geralmente, na descrição de casos individuais, na compreensão de especificidades culturais para determinados grupos e para comparação de diversos casos, sendo norteada por um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista.

Assim, após a digitalização dos prontuários dos idosos sorteados, foi criada uma planilha com contatos e endereços disponíveis desses idosos e seus familiares. Foram realizados, pelo menos, três contatos telefônicos em horários e dias diferentes, na tentativa de confirmar o interesse em participar da pesquisa e marcar as entrevistas. Essa tática possibilitou entrar em contato com familiares de cinco idosos sorteados, porém, três famílias se recusaram a participar da pesquisa pelo contato telefônico, e um familiar não foi encontrado no endereço e horário combinado por telefone em três diferentes tentativas.

Nos quatro casos em que o contato telefônico não foi possível, foram realizadas visitas *in loco* nos endereços registrados em prontuários, alternativa que possibilitou a inclusão de familiares de dois idosos na investigação.

As visitas duraram aproximadamente 45 minutos e consistiam na apresentação da pesquisa, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e entrevista com duração de cerca de 30 minutos. O roteiro de entrevista foi composto por nove questões (APÊNDICE III). Em cada visita, era

levada uma síntese do histórico familiar e do tratamento no CERSAM, contidos nos prontuários. Assim, durante as entrevistas, esses dados eram confirmados, contribuindo para o delineamento da entrevista.

Ao apresentar a pesquisa, em sua maioria, os familiares já direcionavam a conversa para os cuidadores principais dos idosos. Após a realização de cada entrevista, foi perguntado ao participante se ele identificava mais algum familiar que considerava importante para participar da pesquisa. Essa estratégia foi fundamental para a inclusão de familiares que contribuíram no estudo, como foi o caso da família de Rosa.

3.5 Análise dos dados

Foi utilizado o referencial MCAF, o que possibilitou uma visão ampla da família como sistema que incluiu relações internas e externas, forças e fragilidades, permitindo ao enfermeiro o conhecimento da família, sua dinâmica e a identificação de suas necessidades, como também alternativas específicas de cuidado à demanda. Adotou-se a elaboração de mapa da família com genograma e ecomapa em conjunto (WRIGHT; LEAHEY, 2012; SANTOS *et al.*, 2012; MAZZA *et al.*, 2018). Este referencial foi utilizado desde a construção do roteiro da entrevista, incluindo a avaliação da família, até a elaboração dos relatórios dos casos estudados.

Na análise dos dados referentes à caracterização dos idosos atendidos no CERSAM, foram criadas tabelas para a organização, buscando facilitar a visualização e a análise descritiva com estatísticas simples. As tabelas incluíram as seguintes variáveis: endereço, telefone, sexo, idade, diagnóstico, data do primeiro e do último atendimento no serviço, entre outras.

Quanto aos prontuários digitalizados, foram realizadas leituras horizontais, que se limitaram à compreensão do texto, com a realização das sínteses que foram utilizadas durante as entrevistas. Posteriormente, foram realizadas leituras verticais buscando a interpretação em contraponto aos dados obtidos durante as entrevistas.

As entrevistas foram gravadas, seus áudios transcritos e, em seguida, realizadas leituras horizontais e verticais. A seguir, complementando a síntese de cada caso, foram criadas representações gráficas do genograma e do ecomapa das famílias.

Em seguida, foi feita a análise proposta por Yin (2010), que consistiu em examinar, categorizar e recombinao o material empírico para tratar as proposições do estudo, ou seja, o fenômeno estudado. Pela demanda do material empírico foram utilizadas três técnicas que permitiram analisar os dados: construção da explanação, análise de séries temporais e síntese de casos cruzados (YIN, 2010).

3.6 Aspectos éticos

Foram cumpridos os aspectos éticos estabelecidos pela Resolução 466/2012, da Comissão Nacional de Ética com Pesquisas em Seres Humanos (CONEP), e Resolução 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e da Cidade de Belo Horizonte, parecer (CAAE: 10473319.9.0000.5149) (ANEXO I).

Obteve-se a assinatura da Carta de Anuência da Prefeitura (ANEXO II) e do CERSAM (APÊNDICE II). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE I) foi lido e assinado pelos participantes e pesquisadores em duas vias (uma via dos participantes e uma via do pesquisador).

4 O CUIDADO FAMILIAR AO IDOSO COM TRANSTORNO MENTAL

Este capítulo consiste na descrição dos resultados encontrados no estudo e são apresentados em categorias distintas: caracterização dos idosos atendidos no CERSAM e o cuidado familiar a idosos com transtorno mental.

4.1 Caracterização dos idosos atendidos no CERSAM

Dos 326 idosos atendidos no CERSAM, 206 (63,2%) eram do sexo feminino e 120 (36,8%) do sexo masculino. A média de idade dos idosos foi de 68,06 anos, com a variação entre 60 e 94 anos de idade. Quanto à faixa etária dos idosos 214 (65,64%) tinham entre 60 e 69 anos de idade; 81 (24,85%) tinham entre 70 e 79 anos de idade; 28 (8,59%) tinham entre 80 e 89 anos de idade; e três (0,92%) tinham entre 90 e 94 anos de idade.

Em relação à escolaridade, optou-se por classificar os idosos como analfabetos, entre um a quatro anos de estudo, entre cinco e oito anos de estudo, ensino médio e ensino superior, pela variedade de respostas como alfabetizado, Movimento Brasileiro de Alfabetização (MOBRAL), primário e fundamental de um a quatro ou de cinco a oito anos, sendo estes dois últimos um padrão em alguns dos prontuários.

A maioria dos idosos, correspondendo a 189 (78,75%), tem entre um e oito anos de estudo, sobressaindo 105 idosos (43,75%) com um a quatro anos de estudo. Ainda houve um baixo percentual entre idosos analfabetos de apenas 3,75%. E os três participantes (1,25%) que cursaram o ensino superior são idosos jovens na faixa etária de 60 a 69 anos de idade, respectivamente com 60, 66 e 67 anos de idade. Ressalta-se que os dados sobre escolaridade não foram encontrados em 86 (26,38%) prontuários.

Segundo o estado civil, 140 (45,30%) eram casados, 30 (9,70%) divorciados, 81 (26,21%) solteiros, 52 (16,82%) viúvos e em seis (1,94%) prontuários constava a informação "outro". Eram 163 (52,75%) idosos sem parceiros. Salienta-se que 17 (5,21%) prontuários não apresentavam essa informação.

Quanto à profissão dos idosos atendidos no CERSAM, ressalta-se que essa informação não foi encontrada em 146 (44,78%) prontuários. Dos 180 que disponibilizaram essa informação, foram encontradas diferentes profissões com

destaque para 83 (46,11%) donas de casa; 63 (35%) aposentados e pensionistas; e 34 (18,89%) tinham profissão. Entre as profissões encontradas havia: seis (3,33%) vendedores; quatro (2,22%) ajudantes; três (1,66%) costureiras; dois (1,11%) de cada atividade: cozinheiro, diarista, agricultor, vigia e motorista de caminhão; e um (0,55%) de cada profissão: artesã, auxiliar de cozinha, auxiliar de enfermagem, auxiliar de limpeza; cuidador de idosos; bordadeira, cabeleireira, mecânico, montador, pintor e taxista.

Em complementação, 107 (32,82%) dos idosos atendidos pelo CERSAM tinham acompanhamento mais prolongado nos prontuários com atendimentos anteriores a julho de 2017; e 219 (67,18%) tinham apenas atendimentos recentes no serviço sem a continuidade de um tratamento com acompanhamento. Desses, 114 (54,54%) tiveram apenas o atendimento pelo plantão no serviço (demanda espontânea), sendo posteriormente orientados e encaminhados a outros serviços.

Em relação ao diagnóstico dos idosos, optou-se por utilizar o diagnóstico apenas do último atendimento, pois, em prontuários extensos, havia diferentes diagnósticos. Ressalta-se que, em psiquiatria, o diagnóstico demanda tempo e, por isso, trabalha-se com hipótese diagnóstica. Ainda, neste estudo, como muitos idosos não tinham acompanhamento prolongado, a hipótese diagnóstica encontrada foi a primeira em muitos dos prontuários estudados.

Foram encontradas 36 diferentes hipóteses diagnósticas, segundo CID10, sendo possível observar que os diagnósticos de demência, *delirium*, lesões ou disfunções cerebrais, e transtornos depressivos apareceram mais nos atendimentos únicos pelo plantão, diferente dos transtornos mentais como esquizofrenia e transtorno bipolar que apareceram mais nos prontuários de idosos que tiveram um acompanhamento pelo CERSAM.

4.2 O cuidado familiar a idosos com transtorno mental

Nesta categoria, são apresentados os três estudos de caso utilizando o MCAF, são eles: o cuidado familiar a Alvarez, o cuidado familiar a Rosa e o cuidado familiar a Lorenzo.

4.2.1 O cuidado familiar a Alvarez

Alvarez, 62 anos de idade, solteiro, é o segundo filho entre seis irmãos. Teve o diagnóstico de esquizofrenia desde os 25 anos de idade. Atuou profissionalmente como técnico contábil e aposentou-se por invalidez. Atualmente, é curatelado pela irmã, para usufruir dos benefícios do convênio do Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG), após a morte do pai que foi servidor público.

As entrevistas aconteceram na casa da família, conforme agendamento em contato telefônico. Ao chegar na casa, foi Alvarez quem atendeu ao portão e chamou pela irmã, Amanda, que convidou-me, a mestrande, para entrar, e deu-se, então, início à apresentação da pesquisa.

Durante a entrevista com Amanda, Alessandra, a outra irmã, entrou e se apresentou. Ainda enquanto a entrevista com Amanda acontecia, Alessandra entregou algo a Alvarez, que saiu, voltando depois com sacola de mercado. Em seguida, Alessandra também aceitou participar da pesquisa, o que foi muito bom.

Mesmo com muitas crises, Alvarez nunca ficou internado em hospitais ou clínicas psiquiátricas. Amanda lembrou, durante a entrevista, que ele apenas passou uma noite no Hospital Galba Veloso, há muitos anos, acompanhado pelo pai.

Seu tratamento no CERSAM teve início em 1993, com continuidade até 1997, quando foi encaminhado ao Centro de Saúde. Nesse período, fez acompanhamento em hospital psiquiátrico. Posteriormente, teve outros relatos de acompanhamento pelo CERSAM (1999, 2000, 2010, 2012, 2015 e 2017), porém, todos por períodos menores de acompanhando, sendo a crise de 2012 a mais complicada, segundo relatos das irmãs. Ele também frequentou oficinas e atendimentos no centro de convivência entre os anos 2000 e 2010.

Alvarez não tinha outras patologias, a única que já teve foi entre 2015 e 2016, quando ele apresentou dores fortes nas costas e, após várias consultas, recebeu o diagnóstico de “bactéria na coluna”. Ficou internado por um mês para tomar antibiótico e, em seguida, foi submetido a uma cirurgia, permanecendo mais um mês internado, também para uso de antibiótico. Mas, durante o período de coleta, não apresentava mais nada, sendo acompanhado pela médica clínica do Centro de Saúde que transcreve as prescrições mensalmente.

Avaliação da família

Abaixo segue avaliação da família de Alvarez segundo categorias e subcategorias do MCAF.

Dimensão estrutural interna

A família era composta pelos pais, a avó materna e seis filhos, dois homens e quatro mulheres: Arlindo, o mais velho; depois Alvarez; Adriana; Aline; Alessandra e Amanda. No entanto, Aline e os pais morreram em acidente automobilístico em 2001, Arlindo faleceu em 2015 em decorrência de complicações causadas pelo alcoolismo, e não há informações acerca da avó, após o ano de 1997, quando tinha 84 anos e morava com a família. Uma família extensa, segundo estrutura e dinâmica global, por coabitar três gerações por consanguinidade.

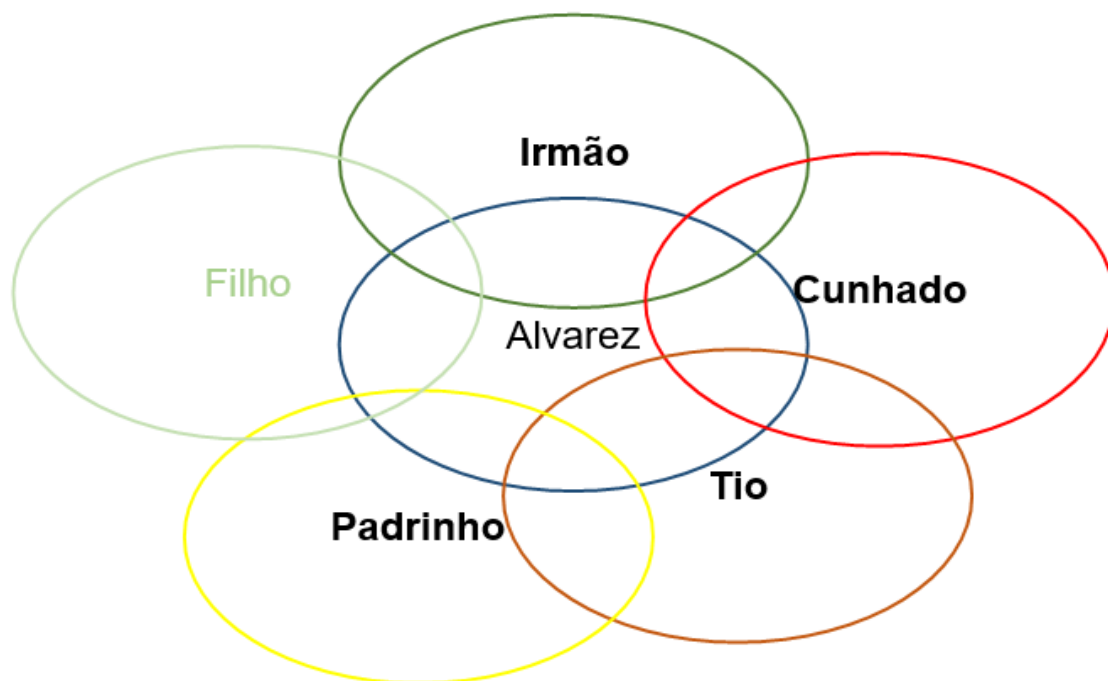
A irmã Alessandra, de 58 anos de idade, tinha o diagnóstico de depressão crônica e também já esteve em tratamento no CERSAM. Além dos dois irmãos, Alvarez e Alessandra, Arlindo também apresentava histórico de transtorno mental. Ele era alcoolista, com relatos de internações em clínicas de reabilitação.

Na casa, viviam Alvarez com as duas irmãs mais novas, Amanda e Alessandra. Além dos três irmãos tinha outra irmã, a Adriana, que morava nas proximidades da casa da família com esposo e filha. Essa tinha dificuldades para andar e falar, devido à sequelas de um Acidente Vascular Encefálico (AVE) que sofreu em 2015. Segundo relatos de Amanda, na entrevista, as três irmãs eram bem próximas. Alessandra tinha uma filha de 28 anos de idade que era afilhada de Alvarez. Ela morava com o pai, mas se fazia muito presente. Toda essa dimensão estrutural interna está bem representada pelo genograma da família de Alvarez (Figura 5).

Os subsistemas, níveis de acordo com as funções dentro da família, mais encontrados, são de irmão, irmã, tio, tias, sobrinhas e padrinho e cunhado. São quatro os subsistemas em que Alvarez se divide: irmão, tio, padrinho e cunhado e, para cada um deles, existem comportamentos de acordo com sua função, mas há momentos em que ele não dá conta de manter as relações. E, embora sejam irmãos, o subsistema em relação à Amanda se aproxima ao de filho, em razão da

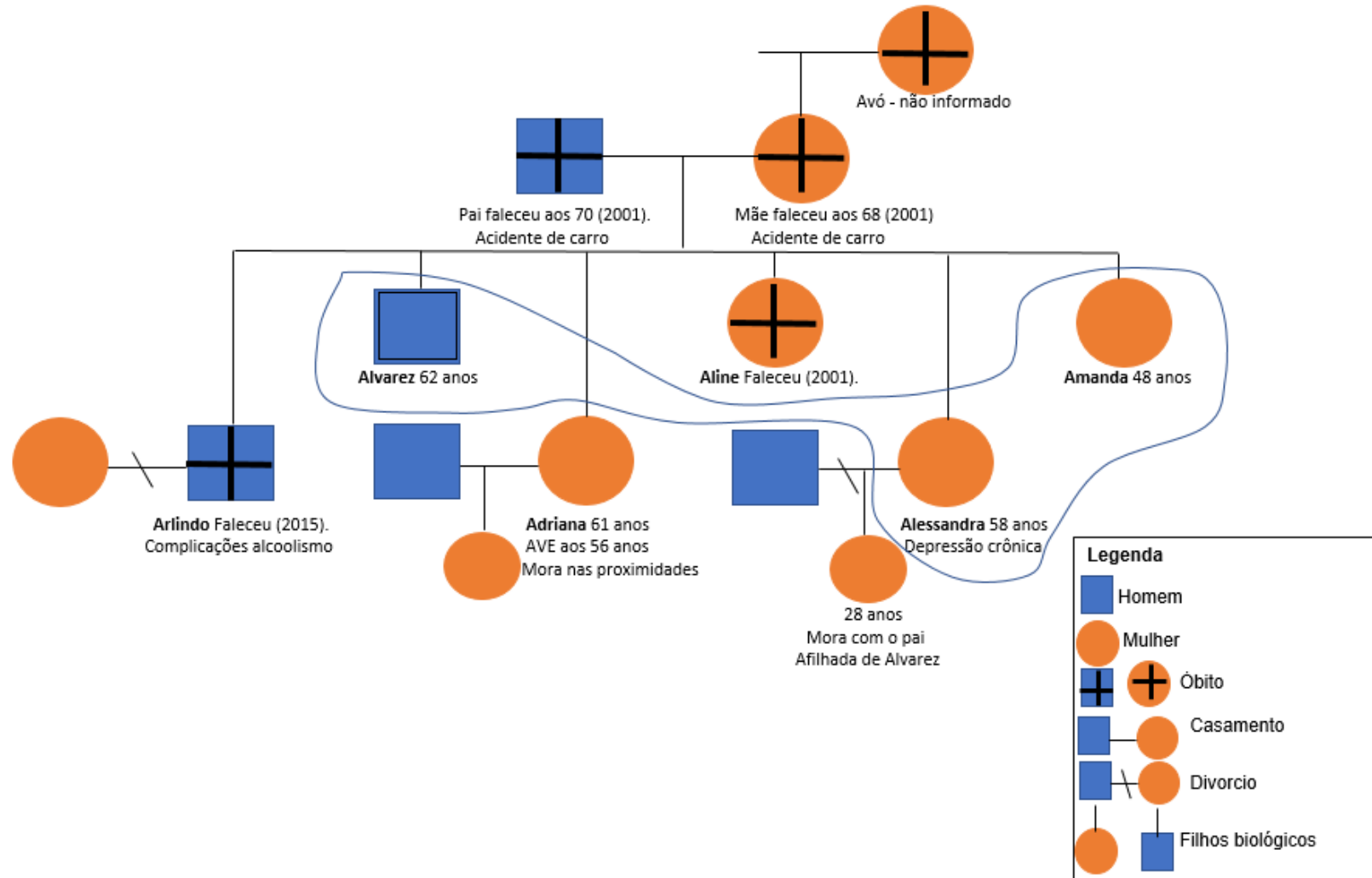
função de cuidadora e dos limites que ela exerce com essa posição. A representação dos subsistemas de Alvarez está na Figura 4, abaixo.

Figura 4: Esquema representativo dos subsistemas pertencentes a Alvarez.



Fonte: Dados da Pesquisa, Belo Horizonte (2020).

Figura 5: Representação gráfica do genograma da família de Alvarez.



Fonte: Dados da Pesquisa, Belo Horizonte (2020).

Em relação aos limites, embora fosse a mais nova, Amanda, de 48 anos de idade, era a responsável e a cuidadora principal da família. Ela tinha a curatela do irmão, mas respeitava sua independência e autonomia, quando percebia que ele estava bem. Ainda se envolvia com todos, no cuidado com a família e com a casa, mas sempre apoiando e acompanhando os irmãos.

Dimensão estrutural externa

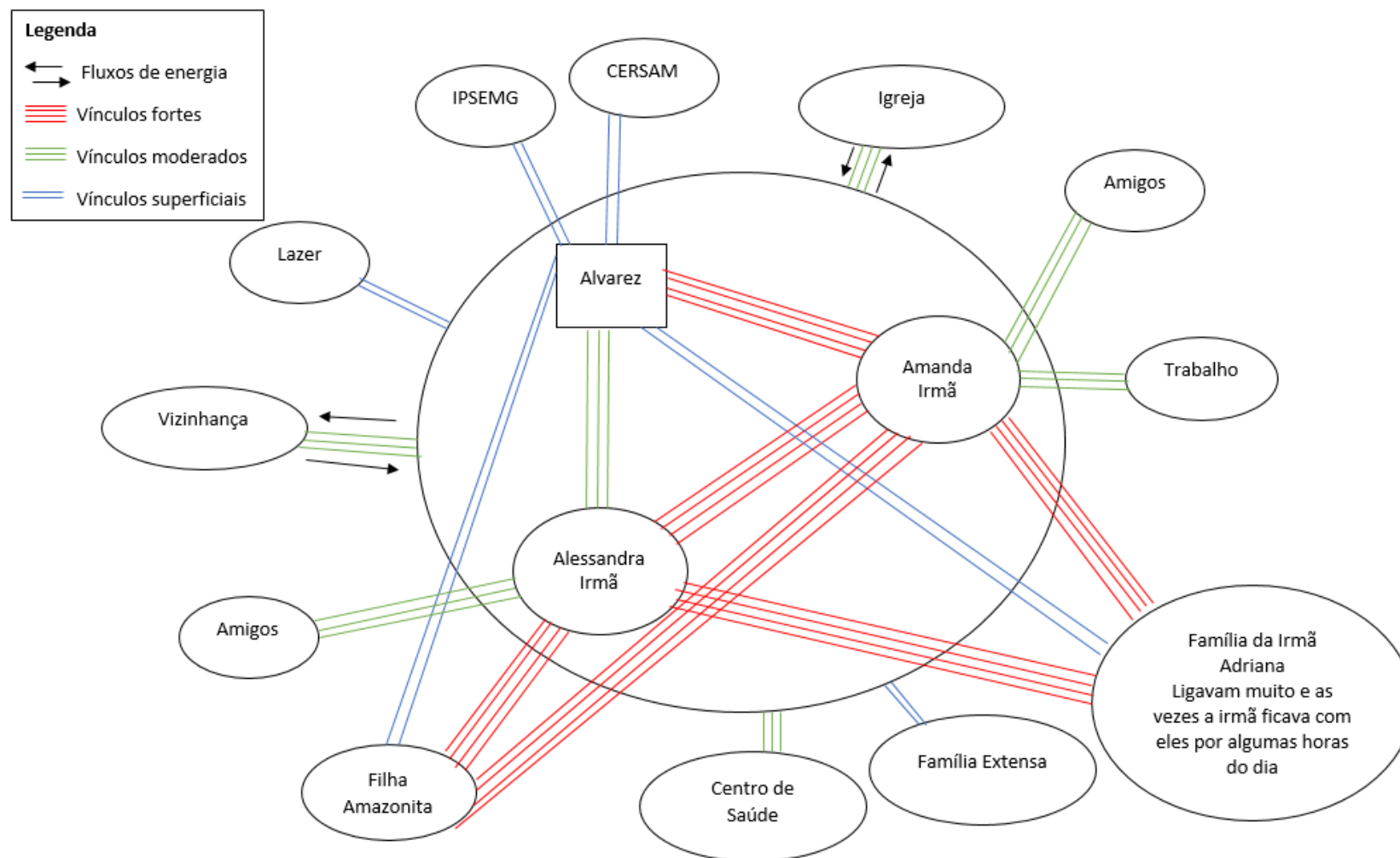
A família Alvarez não tem contato com a família extensa, e relataram que o vínculo foi se perdendo no decorrer dos anos. Recebiam visitas de dois tios que moravam no interior, quando a avó materna morava com a família, mas agora apenas raras ligações de um deles, raramente para notícias. Alguns primos e tios paternos estavam em um grupo de família pelo aplicativo, mas se reuniam apenas em velórios, ou esporadicamente com alguém que os reconhecem na rua e se cumprimentam.

A família tinha vínculos próximos com a vizinhança, devido à venda dos artesanatos de Amanda e, anteriormente, a venda de lingerie e roupas de cama que representantes deixavam com ela. Os jovens e adolescentes conheciam Alvarez e, se acontecesse algo com ele, avisavam para as irmãs, e até vigiavam para que não oferecessem drogas a ele. As irmãs tinham amigos em comum e outros amigos de longa data, quando trabalhavam ou estudavam, com quem elas ainda mantinham contatos.

Alguns profissionais mais antigos do centro de saúde têm vínculos moderados com a família, por serem próximos da casa e por atenderem a Alvarez todos os meses. O CERSAM não tem sido acionado, em função da estabilidade do quadro de Alvarez e Alessandra e, quando necessário, para consultas com especialista, Alvarez utiliza o IPSEMG.

No esquema gráfico do ecomapa da família de Alvarez (figura 6) é possível ver a representação dos membros da família com sistemas mais amplos.

Figura 6: Representação gráfica do ecomapa da família de Alvarez.



Fonte: Dados da Pesquisa, Belo Horizonte (2020).

Contexto

A família se autodenominou como pardos e, segundo classe social, relataram ser provenientes de uma família de baixa renda e que, naquele momento, viviam mais confortavelmente, e tinham mais acesso aos bens pelo fato de Alvarez e Alessandra estarem aposentados. Segundo classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a família se encontra na Classe C, com renda familiar entre três e cinco salários mínimos. Moram em casa própria deixada pelos pais em uma área de elevada vulnerabilidade social.

Quanto à religião, Alvarez e sua família são católicos não praticantes e frequentam outras igrejas ou buscam leituras de outras religiões. Amanda relatou interesse em leituras espíritas, afirmando acreditar muito em Deus.

Dimensão de desenvolvimento

Alvarez começou a apresentar fases de mania entre 22 e 25 anos de idade, quando trabalhava como contador. Era seu quarto emprego, mas foi demitido por se desentender com o patrão, após quatro anos de trabalho. Nessa época, a irmã Amanda não o acompanhava, pois era muito nova, e a família não tinha conhecimento da doença e se comportavam com medo e receio em relação a Alvarez. Os pais eram os cuidadores e foram momentos muito difíceis para a família, com tensões e medo de ambos os lados. Foram várias crises da doença, com fases de mania e agitação que geravam muitas brigas e atritos familiares.

Quanto às mudanças na rotina para o cuidado com Alvarez, Amanda referiu que abriu mão de algumas coisas, como sair de casa para trabalhar. Assim, entrou para o mercado informal, vendendo lingerie e roupas de cama que representantes deixavam para ela e, naquele momento, era artesã. Era preciso mais tempo em casa para estar presente e acompanhar o irmão. Segundo ela, não foi fácil, mas se dedicar, ficando em casa, possibilitou conhecê-lo bem e identificar qualquer sinal de incomodo ou mudança de comportamento.

E na estrutura da casa já tinham ocorrido muitas mudanças com a morte dos pais e da irmã, ficando apenas os três. Contudo, ao entender sobre a doença, Amanda conversou com a família e eles mudaram a postura em relação a Alvarez de imediato, diminuindo os receios e o integrando no cotidiano, sem isolá-lo. Com

isso, ele também foi diminuindo as tensões e os medos, estabelecendo uma relação de confiança.

Relataram que o segredo é a informação sobre a doença, que primeiro veio de uma profissional da saúde, uma psicóloga. E, depois, Amanda se dispôs a pesquisar, conhecer e estudar, sempre. Ressalta-se abaixo uma das falas de Amanda que retratam a importância da informação, para aprender a como cuidar e abordar a situação.

[...] Tem que buscar informação, tem que buscar, porque ela não vem até você não, tem que buscar. Como que eu faço? Qual é a melhor maneira? Quê que eu faço? Eu não estou falando assim, que vai ser fácil não, não é isso não. Eu estou pintando a parte romântica né, mas é, é informação, vontade de procurar saber, é respeitar ele como pessoa, na sua casa tem que tratá-lo como pessoa. Coisas que antigamente a gente também não tinha. A pessoa ela era isolada da casa, da família e das pessoas que entrava [...] (AMANDA).

As irmãs informaram que o conselho de buscar a confiança dele, que receberam da psicóloga em 2001, foi fundamental. Acentuaram a importância de nunca o isolar e sempre o tratar como integrante da família, participante das decisões e eventos, de acordo com os limites dele.

Diante do envelhecimento, até o momento não foi necessária nenhuma adequação, mas é uma indagação que Amanda se faz e espera que a pesquisa possa ajudá-la futuramente, conforme declara.

E o que eu acho importante do estudo é isso, porque outro dia mesmo eu me perguntei, é ele vai, ele ainda vai ter as dificuldades, como que a gente como família vai administrar isso? Né isso vai amenizar? A idade vai amenizar a doença ou vai fazer ela? Entendeu? Então isso é uma pergunta que eu me faço, né [...]. Nos recursos que a saúde pública disponibiliza pra você, não tem isso, né. E o médico está sempre tão atolado com outras coisas, que não vai parar pra prestar atenção em certas perguntas. Tipo assim (AMANDA).

Ao descrever a ausência de um médico que possa responder essa pergunta as irmãs também demonstram a ansiedade pela ausência de um acompanhamento com psicologia e psiquiatria que o irmão não tem atualmente. Para elas, mesmo estável ele precisaria desses acompanhamentos para evitar complicações e outras crises.

Esses relatos demonstraram a fragilidade da assistência em rede, com a ausência de atendimentos preconizados e instituídos pela proposta do tratamento

em saúde mental articulado entre serviços de apoio à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Dimensão funcional instrumental

Segundo as irmãs, naquele momento, Alvarez estava tranquilo e independente para as atividades básicas de vida diária, como também para medicações, tratamento e consultas no centro de saúde. Amanda supervisionava e o acompanha tentando deixar que ele tivesse sua autonomia e independência preservadas, embora tivesse a curatela dele. O mesmo acontecia com a Alessandra que se cuidava quanto a consultas e medicamentos, contando com o apoio da irmã Amanda.

Nos dias em que percebe que o irmão Alvarez não estava bem, Amanda contava os remédios e observava se estava tomando corretamente. Nesses dias, as irmãs não o deixavam sair de casa, e tentavam não irritá-lo, deixando-o mais quieto. Mas, na percepção delas, assim como elas tinham dias em que não estavam bem, ele também tinha.

A rotina da família era simples e tranquila, e os compromissos com horário, geralmente, eram relacionados a consultas médicas. Amanda trabalhava em casa como artesã, produzindo bijuterias, chaveiros, panos e toalhas pintadas e outros. Alvarez é aposentado, aproximadamente desde 1998, e Alessandra se aposentou há seis meses como auxiliar de serviços gerais. Amanda acordava, geralmente, entre 8:00 hs e 8:30 hs da manhã, fazia o café e esperava os irmãos até as nove para tomarem juntos, mas há dias em que Alvarez não consegue acordar cedo, em decorrência de efeitos da injeção de Haloperidol Decanoato.

As irmãs se dividiam na arrumação da casa pela manhã e almoço, mas era Alessandra quem assumia o fogão, enquanto Amanda trabalhava na maioria dos dias. Na parte da manhã, Alvarez costumava fazer compras para o almoço no comércio perto da casa. Para o almoço, a família fazia questão que estivessem os três presentes à mesa. Geralmente, arrumar a cozinha após o almoço era responsabilidade de Alvarez. Ele também era responsável por arrumar seu quarto.

No período da tarde, Amanda ficava trabalhando, enquanto Alessandra e Alvarez assistiam televisão, cada um no seu quarto. E, quando desejavam, a seu tempo, cada um ia à cozinha para tomar café da tarde ou lanche no horário que

lhes conviesse, se juntando a mesa novamente à noite para o jantar. Após jantarem, cada um ia para o seu quarto novamente e ficavam até o outro dia.

Segundo as irmãs, havia dias em que a irmã Adriana passava a tarde com Alessandra, assistindo televisão. E, aos finais de semana, Adriana e a família costumavam almoçar com eles, e raramente faziam algo para mais pessoas, pois evitavam muito barulho e aglomerações. Quando acontecia, era um churrasco para a família com música e muita conversa, mas, geralmente, Alvarez ficava pouco tempo próximo das pessoas, indo para o seu quarto.

Dimensão funcional expressiva

Nos relatos da família e nos prontuários, a comunicação de Alvarez não era boa, pois raramente ele conversava e, geralmente, apenas fazia o básico que a convenção social exige: cumprimentar e responder quando lhe perguntavam algo. Em comparação, as irmãs conversavam muito entre si, dentro da casa e por telefone com Adriana, sendo poucos os dias em que não ligavam para a casa dela.

[...] principalmente, quando ele está bem, ele senta, conversa, participa. Mas têm dias em que ele não está bem, ele fica mais arisco, não agressivo. Fica incomodado, ranzinza e quieto no quarto; têm outros dias em que ele fica inquieto e sem noção das coisas, andando pela casa; assim como começa, passa, e ele volta a conversar e participar [...] (ALESSANDRA).

A única pessoa com quem Alvarez geralmente falava algo era Amanda, mas esses momentos eram muito pouco frequentes. Ela relatou que, para que ele falasse algo com ela, ele deveria estar muito mal, com dores ou algo que o incomodasse, a ponto de não aguentar mais. E, geralmente, discutiam como família, reclamando de algo que ele sujou e não limpou e outras coisas pequenas do cotidiano.

Durante a coleta, Alvarez fazia o uso mensal de injeções de Haloperidol Decanoato, com aplicação intramuscular, o que poderia explicar as oscilações de comportamento em diferentes períodos do mês. Segundo as irmãs, a convivência era harmoniosa na maioria dos dias, com atritos de irmãos, como uma família normal, mas chegar a esse ponto não foi fácil.

[...] saber conviver não é fácil, não é fácil... Até você atingir um ponto, você tem que ser uma pessoa muito paciente, muito, porque tem, igual, tem dia que nem você tá bem, mas, assim, tem horas que você tem vontade, e você

fala assim, nossa hoje se... Eu vou, né, mas assim vai administrando, vai, né. E eles te dão o retorno, né, igual, assim, eu estou te falando da esquizofrenia porque é o que, né, onde eu tenho conhecimento, né. E eles te dão um retorno sim, se eles tiverem, tipo como eu falo, que é uma paz, a sensação segurança, da não ameaça, eles te dão o retorno sim [...] (AMANDA).

4.2.2 O cuidado familiar à Rosa

Rosa, 69 anos de idade, viúva e mãe de dois filhos que criou quase sozinha, filha do meio de um total de 15 filhos. Tinha o diagnóstico de esquizofrenia, hipertensão arterial e diabetes tipo II, além de ser tabagista. Morava sozinha em um barracão no lote da família, onde a convivência nem sempre é harmoniosa.

Foi ela quem atendeu à porta, assustada e receosa, no dia da visita *in loco*, e não permitiu a conversa, apenas falou que o filho não morava ali. Um sobrinho, João, que passou pela rua, foi receptivo e chamou pelo tio, Kamil, que morava em cima da casa de Rosa e os dois aceitaram participar da pesquisa. Posteriormente à entrevista, João abordou a tia Derlene que recebeu e participou da entrevista. Ao terminar sua participação, Derlene entregou os contatos dos sobrinhos, filhos de Rosa. Ao falar com Roberto, por telefone, a entrevista foi agendada e, posteriormente, realizada em sua casa. A participação dos quatro possibilitou a validação e complementação de dados que estavam fragmentados ou fora de ordem como no prontuário.

Segundo relatos da família em entrevista, as crises de Rosa se iniciaram após a morte do irmão, em 1989, e o abandono do esposo. O acompanhamento de Rosa pelo CERSAM começou em 1993 e, nesse período, a mãe a acompanhava e era sua cuidadora. O acompanhamento no serviço se dava por curtos períodos, em 1993, 1995, 1996, 1997, 1999, 2002, 2014, 2015, 2016 e 2017, até a estabilização das crises com encaminhamentos para o Centro de Saúde.

Além do CERSAM, Rosa já esteve em tratamento em hospital psiquiátrico com períodos de internação, segundo relatos da irmã em entrevista. Relataram a tentativa de internação também com a última crise que, segundo a família, não melhorou.

Avaliação da família

Dimensão estrutural interna

Rosa vem de uma família grande, de 15 irmãos, com cinco homens e 10 mulheres, onde ela era a nona filha. Estavam vivos, no momento da coleta, oito irmãos e, desses, cinco com suas famílias e dois sobrinhos, filhos de duas irmãs falecidas de Rosa, moravam no mesmo lote. Eram sete moradias e mais uma em construção no mesmo lote, e a convivência não era harmoniosa.

Ela teve dois relacionamentos, tendo sido casada com o pai dos filhos que era alcoólatra e, segundo relatos da família, bateu muito nela nos anos em que viveram juntos. Depois, ele a abandonou com os filhos pequenos, voltando para o lar quando adoeceu com câncer na garganta, doença que causou sua morte em 1993. Posteriormente, Rosa teve outro companheiro, após a saída dos filhos de casa, mas por pouco tempo.

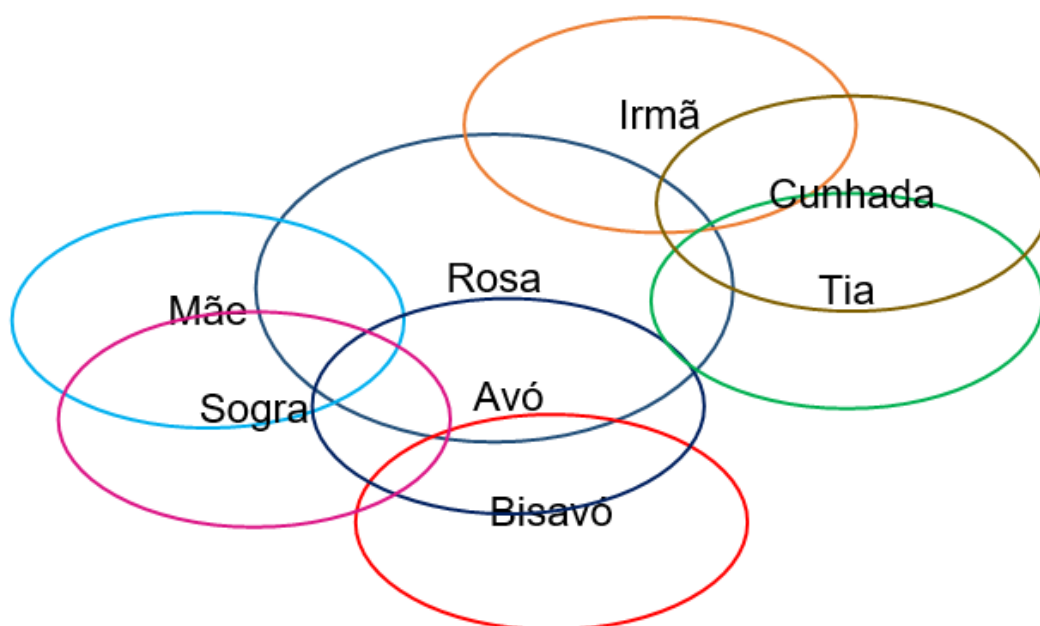
São dois filhos com mais de quarenta anos de idade, casados, que moravam no mesmo bairro. Cada um dos filhos também tem três filhos, completando, assim, seis netos e um bisneto de Rosa. O filho Roberto e a família moravam há uma distância de aproximadamente 15 minutos de caminhada da casa de Rosa.

Além de Rosa, na família, eram mais três irmãos e, pelo menos, um sobrinho com diagnósticos relacionados a transtornos mentais durante a pesquisa. Aguinaldo, o oitavo irmão, mais velho que Rosa, tinha histórico de internações prolongadas no Hospital Psiquiátrico de Barbacena, e faleceu em 1989, aos 40 anos de idade, afogado. Derlene, sua irmã de 61 anos de idade, informou ter síndrome do pânico e estar em uso de amitriptilina; e Elza, a irmã mais nova, era acumuladora. Entre os sobrinhos, Norberto, que também morava no lote, era dependente químico.

A síntese, para melhor compreensão da dimensão estrutural interna da família de Rosa, está representada pelo genograma (Figura 7). Pode-se afirmar que esta é uma família extensa, segundo estrutura e dinâmica global da família, por tratar de mais de três gerações por consanguinidade.

São muitos os subsistemas em que Rosa se divide: avó, mãe, irmã, tia, cunhada, sogra, bisavó. Mas, por complicações e fragilidades nos vínculos e na própria saúde, são poucos os momentos em que ela exerce ou exerceu essas posições. Acompanhe a representação dos subsistemas de Rosa na Figura 8, a seguir.

Figura 8: Esquema representativo dos subsistemas pertencentes à Rosa.



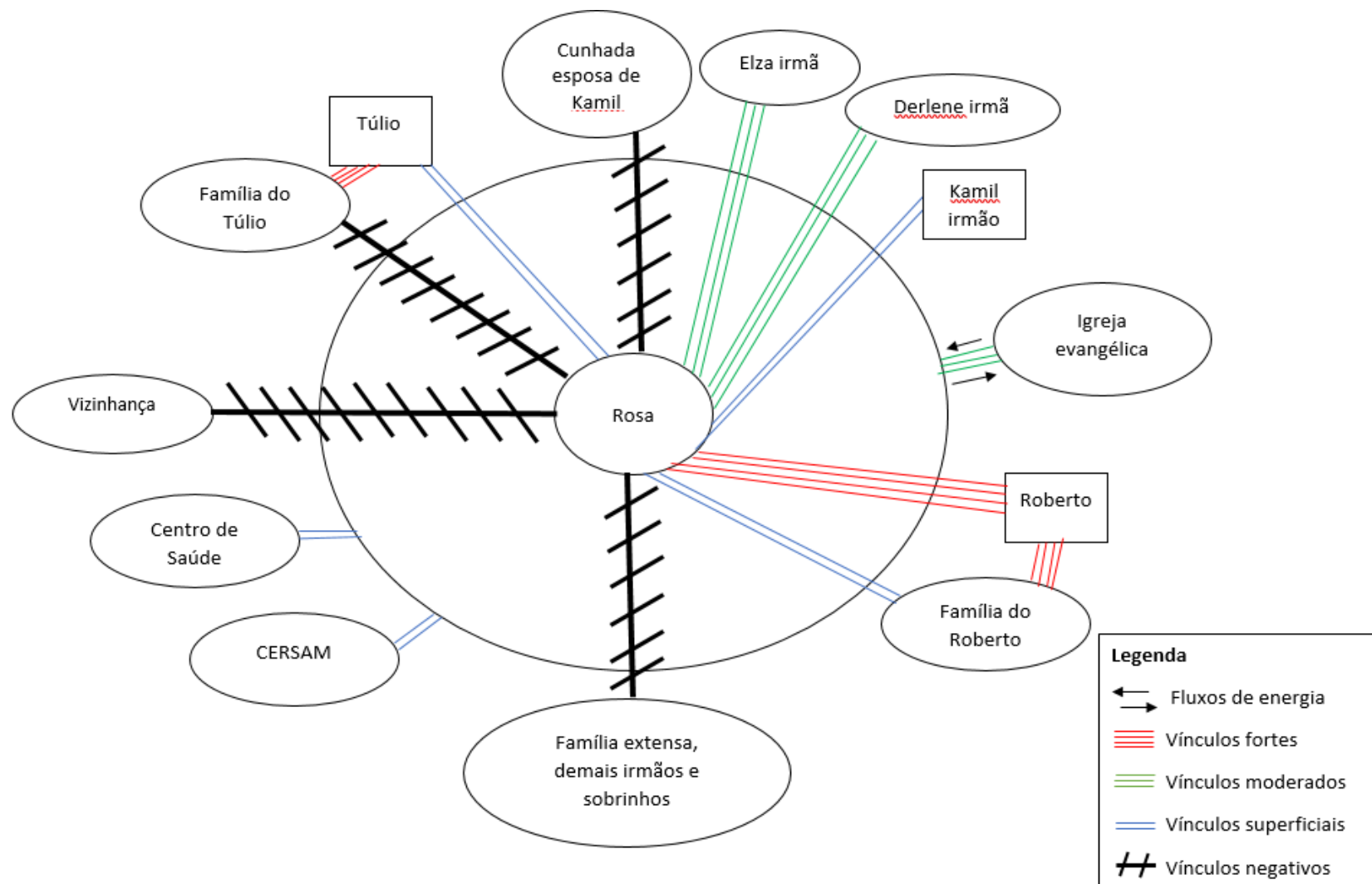
Fonte: Dados da Pesquisa, Belo Horizonte (2020).

Em relação aos limites, Rosa não aceita ajuda na maioria das vezes, e não há um limite entre os familiares que consiga auxiliar pelo cuidado. O limite existente vem do filho, que se tornou cuidador principal.

Dimensão estrutural externa

Nas diferentes fontes de dados, não foram encontrados vínculos com família extensa. Na vizinhança, os vínculos também são negativos, e muitos se justificam por comportamentos inapropriados de Rosa, como brigas e agressões, após ficar persecutória com as pessoas (Figura 9).

Figura 9: Representação gráfica do ecomapa da família de Rosa.



Fonte: Dados da Pesquisa, Belo Horizonte (2020).

Nos serviços de saúde, os vínculos com Rosa também são superficiais, sendo que a maior parte da comunicação se estabelece por intermédio da irmã, Derlene, pois Roberto não compreende as informações relacionadas à saúde da mãe. O CERSAM realizou o encaminhamento para o Centro de Saúde, e a família não compreendeu a conduta, o funcionamento do serviço ou até mesmo o diagnóstico de Rosa. Tal situação fragilizou os vínculos que poderiam ser estabelecidos com os serviços ou profissionais da saúde.

Essa realidade demonstrou uma ausência ou inadequação na atuação dos diferentes níveis de atenção à saúde no caso de Rosa. A família se referiu como sendo alienada, sem informações e instruções por parte dos profissionais. Ainda, os serviços, como os do Centro de Saúde, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), deveriam exercer um acompanhamento com visitas e outras intervenções cabíveis diante das vulnerabilidades e fragilidades sociais e de saúde apontadas.

Contexto

Segundos relatos, na família havia pardos e brancos, mas alegaram que Rosa era branca e seus filhos eram pardos. Segundo a classe social, relataram que vieram de uma família de baixa renda que passou por muitas dificuldades e necessidades. No momento da pesquisa, Rosa estava aposentada, mas sobrevivia com menos de um salário mínimo, o que, segundo o IBGE, é classificado como Classe E, e Rosa, em uma fase de mania, fez empréstimos que são descontados diretamente no benefício. Complementando, o filho Roberto, principal cuidador, estava desempregado e, segundo depoimentos dos tios, ele nunca parou em nenhum trabalho.

Quanto à religião, Rosa frequentava cultos e eventos na igreja quadrangular, e Roberto era membro de outra igreja evangélica. Na família, havia católicos, como os pais de Rosa, e também evangélicos, mas eram poucos os praticantes em ambas as religiões.

O bairro onde moravam era de elevada vulnerabilidade, com muita criminalidade e a estrutura era recente. A família morava em barracos de alvenaria, alguns reformados e organizados, outros em desorganização e sujeira, com amontoados de coisas nos poucos espaços vagos do lote. O filho Roberto também

morava em ambiente similar com esposa, filhos, genro e neto, em outra parte do bairro, com vias ainda sem estrutura adequada.

Dimensão de desenvolvimento

Segundo relatos das entrevistas, Rosa sofreu muito no casamento. Seu primeiro esposo era alcoólatra e, no tempo em que viveram juntos, a agredia fisicamente. Ela era muito esforçada, trabalhadora, e criou os dois filhos, sozinha. Suas crises psicóticas tiveram início no período em que o irmão morreu afogado, e foi ela quem reconheceu o corpo do irmão. “[...] Minha opinião, alguma coisa que abalou a personalidade dela, Porque ela era uma mulher muito trabalhadora” (KAMIL).

Acentua-se que, pelos relatos em entrevistas e prontuários, foi possível estabelecer uma relação de fatos e acontecimentos na vida de Rosa que funcionaram como “gatilhos” para desencadear as crises: em 1993, o diagnóstico de câncer na garganta do esposo e sua morte; em 1995, o nascimento do neto e a rivalidade com a nora que não a deixava ver o neto; em 1996, uma irmã faleceu com câncer uterino; em 1997, a briga com a nora, que mora na casa de cima, se agravou e o neto foi levado para longe; em 2014, a vizinha que era sua amiga faleceu; e em 2016, outra irmã faleceu com câncer no sangue e no pulmão.

[...] mulher que tinha o juízo totalmente perfeito e, do nada, ela ficou assim depois que ficou viúva (KAMIL).

E, de vez em quando, ela dava essas crises, mas passava, e agora a última não quer passar, entendeu [...]. Ela está nessa crise desde que minha irmã morreu, já tem uns quatro anos ou mais (DERLENE).

O contexto familiar, incluindo as condições de vida, demonstra compreensões diferentes sobre o adoecimento de Rosa, cuidado e possibilidades de tratamento.

Agora, ela fica tomando remédio controlado, as pessoas falam que ela precisa ser internada, mas eu já não acho que ela precisa ser internada (KAMIL).

[...] porque eu queria mesmo era ela ir lá pro CERSAM e ficar lá o dia todo, mas só que ela não aceita ir. A gente fica sem saber o que fazer né, porque é um caso preocupante, né... Ela pode se machucar, né, ela fica muito dentro de casa sozinha, ela não aceita ficar em casa de ninguém. Ela vem

pra aqui, ela não fica, a minha irmã levou ela pra casa dela ela ficou lá três dias e fugiu (DERLENE).

Um dos agravantes, nessa última crise que não melhorava, pode ser a ausência de um cuidado adequado que forneça para Rosa a organização necessária para a recuperação. Refere-se aqui aos diferentes cuidados familiares e institucionais nos diferentes serviços e dispositivos descritos pela legislação da assistência social e pela saúde.

Entre os irmãos, havia aqueles que ignoravam a situação e a própria Rosa, e havia alguns que apenas davam sugestões do que fazer, mas não conseguiam fazer nada. Esses se diziam limitados pelos atritos e relações negativas entre eles. Três irmãs contribuíam de alguma forma, mas pontualmente, quando o filho Roberto pedia, e elas tentavam conversar ou até mesmo passavam a noite com Rosa.

Roberto era o filho mais velho de Rosa, era também o principal cuidador, mas, segundo relatos nas entrevistas, ele era desorganizado com a própria vida, pois não conseguia parar em nenhum emprego e fazia muitas dívidas, o que era uma preocupação para Rosa. Ainda há relatos de que Roberto se apossou da casa de Rosa e quebrou sua sala para fazer uma garagem, colocando muitos objetos de um topa-tudo que ele queria montar. Isso fez com que a casa de Rosa, que antes era organizada, ficasse sempre desorganizada e bagunçada.

[...] E os filhos também não contribuem muito, porque ela dorme sozinha, ela tinha que ter uma companhia né. E quando ela toma num toma os remédios ela que tinha que pegar. Tinha que ter uma pessoa que toma conta dela pra ela poder mexer com as regra certinha dos remédios, acredito que ela não ia dá trabalho nem pra sociedade nem pra ninguém (KAMIL).

A gente vai tentar fazer, arrumar os remédios dela, ela não deixa, xinga a gente tudo, fala que a gente vai roubar os remédios dela e não deixa [...] (DERLENE).

Além do filho Roberto, Rosa também tinha Túlio, o filho mais novo. Mas os atritos entre Rosa e a nora, esposa de Túlio, chegaram ao ponto de agressões e ameaças com faca em mãos. E, com isso e outras questões, o filho não dava conta de ficar com a mãe e usava o trabalho como desculpa para não cuidar dela. Às vezes, ele atendia às chamadas da tia, em casos de urgência, ou visitava a mãe por curtos períodos no final de semana.

Rosa ainda tinha seis netos, dois meninos e uma menina de Roberto, e duas meninas e um menino de Túlio, e um bisneto da filha de Roberto. Mas não havia convivência entre eles e Rosa.

Dessa forma, os atritos familiares, muitas vezes, eram a justificativa dos irmãos e familiares. Mas é preocupante que o cuidador principal não dê conta de proporcionar o cuidado necessário, sem nenhuma retaguarda do Estado ou da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e assistência social, como descrito nos trechos anteriores, tendo a medicação que Rosa toma errado com o foco.

Contudo há um desconhecimento da família em relação à doença, pois a família não sabia dizer o que era. Eles apresentaram duas versões: a primeira era um trauma que ela sofreu e a segunda era uma veia na cabeça dela que gerava as crises. Demonstrando, mais uma vez, a ausência da retaguarda e orientação dos profissionais e serviços de saúde que deveriam orientar e construir um plano de cuidados e acompanhamento junto a essa família. Assim, os membros da família declararam que: “[...] porque isso é em decorrência de algum trauma” (KAMIL); “É uma ‘veinha’ na cabeça dela que, de vez em quando, acontece alguma coisa e dá isso” (ROBERTO).

O filho Roberto, principal cuidador, ainda demonstrou dificuldades em lidar com a medicação da mãe. Ele relatou em entrevista que não entendia dessas coisas e que precisava da ajuda da tia para ir conversar com os médicos e para organizar as medicações da mãe. Ele também ressaltou a falta de explicação dos profissionais de saúde com ele quando a mãe era atendida nos serviços de saúde mental, conforme trecho a seguir.

Eu acho que nesses hospitais, clínicas, igual o médico no dia que eu levei ela lá, o médico [...], a médica, o pessoal tinha que conversar mais comigo e com o meu irmão na presença dela entendeu. Expôr o que está acontecendo expôr pra ela e pra gente explicar pra gente mais e com mais detalhe do que o que acontece com ela tem hora, os remédios que ela tem que tomar o que ela tem que fazer. Tem hora que você vai lá eles num, tem uma médica lá que eu fui conversar com ela lá, um dia, ela num quis conversar comigo direito, nem. O médico já me atendeu, já sentou comigo lá no CERSAM (ROBERTO).

Com o envelhecimento, Rosa também adquiriu hipertensão arterial e diabetes *mellitus* tipo II, e não havia controle dessas doenças. Os participantes não referiram mudanças no cuidado diante do envelhecimento, mas, sim, diante da “última crise psicótica que não passou”.

Ela passou a buscar e a olhar no posto, na minha opinião, eu já falei que tinha que ser um outro psicólogo pra tratar dela que tá muito fraco. Na minha opinião, tá fraco pra ela porque tem que ter um trabalho mais acirrado com ela pra ela poder, não é pra ela recuperar totalmente, né [...] porque a mente da pessoa tem um momento pra poder, por causa da idade, né, por causa da idade que ela tem agora, não, é lógico, não tem (KAMIL).

O irmão relatou a importância de um acompanhamento diferente, não apenas pelo cuidado do filho, mas pelo atendimento no Centro de Saúde. Para ele, principalmente pelo envelhecimento, a irmã deveria ter outro tipo de tratamento, mais “acirrado” para que a irmã pudesse melhorar. Embora, segundo relatos do irmão em entrevista, com a idade, ele acredita que Rosa não voltará a ser como antes.

Dimensão funcional instrumental

Antes da última crise, não havia mudanças na rotina da família frente ao cuidado a Rosa. Mas, após a última crise que se prolongou até o momento da pesquisa, Roberto passou a visitar a mãe quase que diariamente. Ela não cozinhava mais e nem realizava nenhum dos afazeres domésticos, o que agravou a desorganização da casa. Quando passava na casa da mãe, Roberto tentava deixar algo de comer e, às vezes, acabava dormindo com a mãe. Quando ele não conseguia, pedia uma das tias, Derlene ou Elza, para dar algo de comer para a mãe ou também para dormir com ela.

Derlene, geralmente, se responsabiliza pela alimentação, enquanto Elza dormia com a irmã. A maior reclamação ou hesitação de Elza em dormir com a irmã era porque Rosa não dormia durante a noite, passava a noite andando e conversando. Derlene não conseguia ficar na casa da irmã, pela desorganização da casa, e relatava não dar conta de ajudá-la a arrumar, em decorrência de seus problemas de saúde.

Dimensão funcional expressiva

Rosa tinha bom relacionamento com a mãe, com quem se comunicava mais abertamente. Depois da morte da mãe, houve momentos em que estava estável e conseguiu estabelecer vínculos com a vizinhança, participou de grupos de

convivência e manteve bom relacionamento com a família. Porém, nos últimos dois anos, oscilava entre momentos de agitação, brigas e agressões com quase todos, ou momentos de apatia, por estar “dopada” pelos medicamentos, trancafiada na casa, conforme relatos fornecidos.

4.2.3 O cuidado familiar a Lorenzo

Lorenzo, 64 anos de idade, solteiro, aposentado por invalidez com grave déficit auditivo desde criança. Segundo filho de uma família de 10, mas o primeiro homem, que morava com dois irmãos também solteiros.

A entrevista com a irmã foi superficial, ela não sabia muitas coisas ou não queria falar. Em diferentes perguntas, a resposta era curta, havia hesitação e, muitas vezes, se limitava a dizer “não sei”. Não indicou ninguém para a realização de outras entrevistas e não se mostrou disponível para estabelecer qualquer contato da mãe com a pesquisa. Dessa forma, a avaliação também ficou superficial.

Lorenzo tinha um diagnóstico de depressão crônica e teve apenas dois acompanhamentos pelo CERSAM, sendo o primeiro no ano de 1994, após ser encaminhado por um hospital psiquiátrico para o serviço, e o segundo no ano de 2018, pela ausência de profissionais da saúde mental na Rede de Atenção para além do CERSAM. Embora tenha sido encaminhado do hospital psiquiátrico, nunca esteve internado, com apenas uma observação posterior a um episódio de agitação. E os períodos de acompanhamento pelo CERSAM foram curtos, sendo o primeiro por quatro meses e o segundo, por apenas duas consultas, no período de 15 dias, e, posteriormente, foi encaminhado para o Centro de Saúde.

Desde 1994, nunca deixou de fazer o uso da medicação, sendo que sua receita foi prescrita pelo médico do Centro de Saúde, e, em muitos períodos, o acompanhamento foi realizado pela psicóloga também do Centro de Saúde. Além da depressão, Lorenzo é surdo, mas faz o uso de aparelho auditivo desde 1991. Ademais, sempre foi muito introvertido e quase não se comunica com as pessoas, nem mesmo com familiares

Avaliação da família

Dimensão estrutural interna

Lorenzo era o segundo filho de uma família de 10 irmãos e, no momento da pesquisa, morava na casa da família com dois irmãos, Joel e Luiz, que são um pouco mais novos. Os três nunca se casaram e moravam com a mãe até 2014, quando ela foi morar de vez no interior do estado que, segundo relatos da irmã, tem uma distância de cerca de cinco horas de viagem de Belo Horizonte. No mesmo lote, em uma casa dos fundos, morava Bernadete com esposo e a filha de cinco anos. Bernadete, embora seja a irmã mais nova, é a cuidadora dos três irmãos.

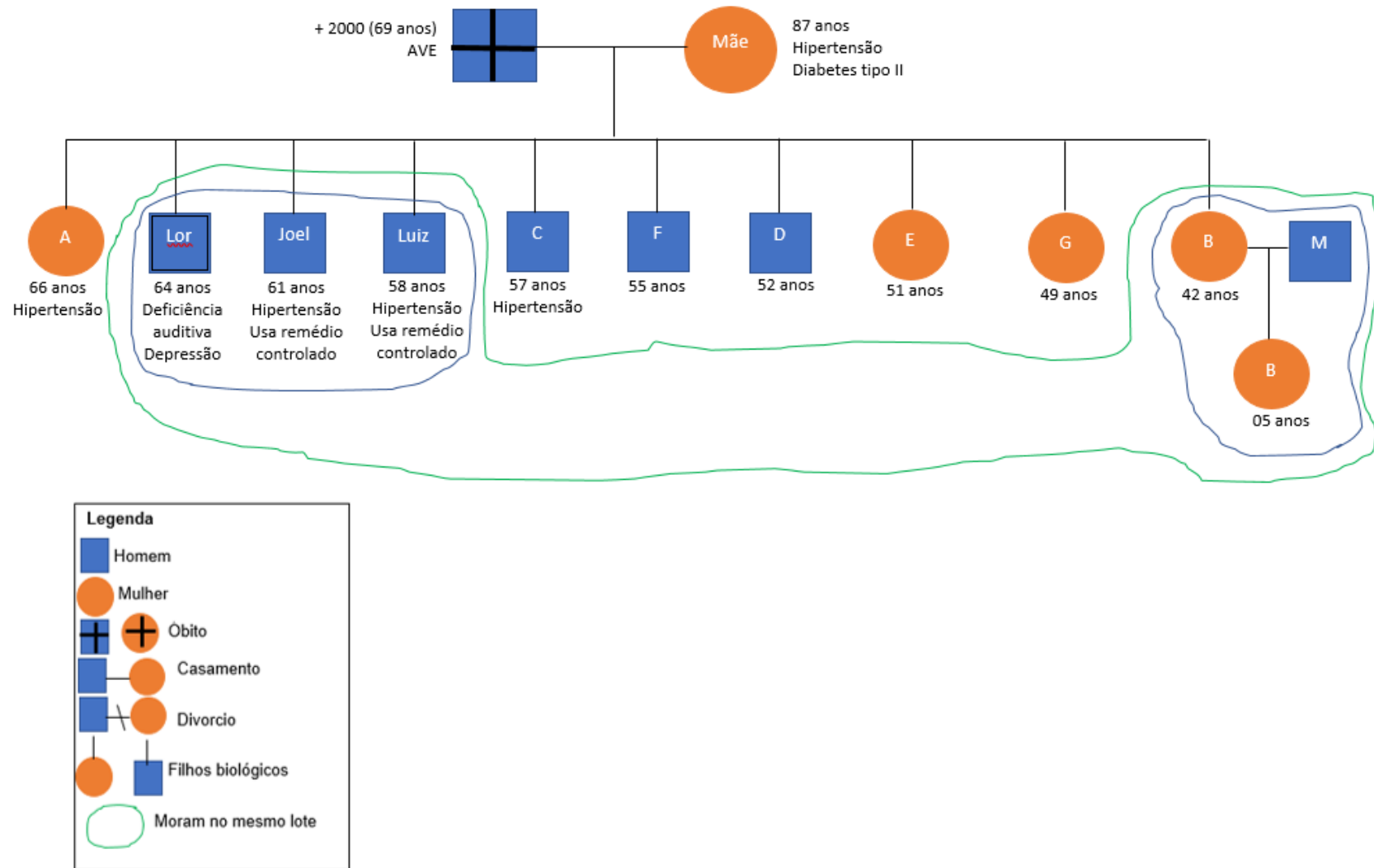
Os três apresentam algum tipo de transtorno mental, pois todos fazem o uso de medicamentos controlados há muitos anos, mas Bernadete não soube dizer quando começaram a fazer uso. Pode-se afirmar que é uma família consanguínea, segundo estrutura e dinâmica global da família, por se tratar de irmãos. A síntese pela representação gráfica do genograma da família de Lorenzo está representada pela Figura 10.

Dimensão estrutural externa

Nos relatos e prontuário, não foram encontrados vínculos com família extensa, sendo que os vínculos se restringem à mãe de 87 anos de idade que morava no interior. Os três irmãos eram extremamente reservados, mantendo vínculos fortes com a irmã Bernadete, e moderados com igreja e com o Centro de Saúde, locais frequentados por eles. Quanto à vizinhança, os vínculos são frágeis, pela forma reservada de se portarem.

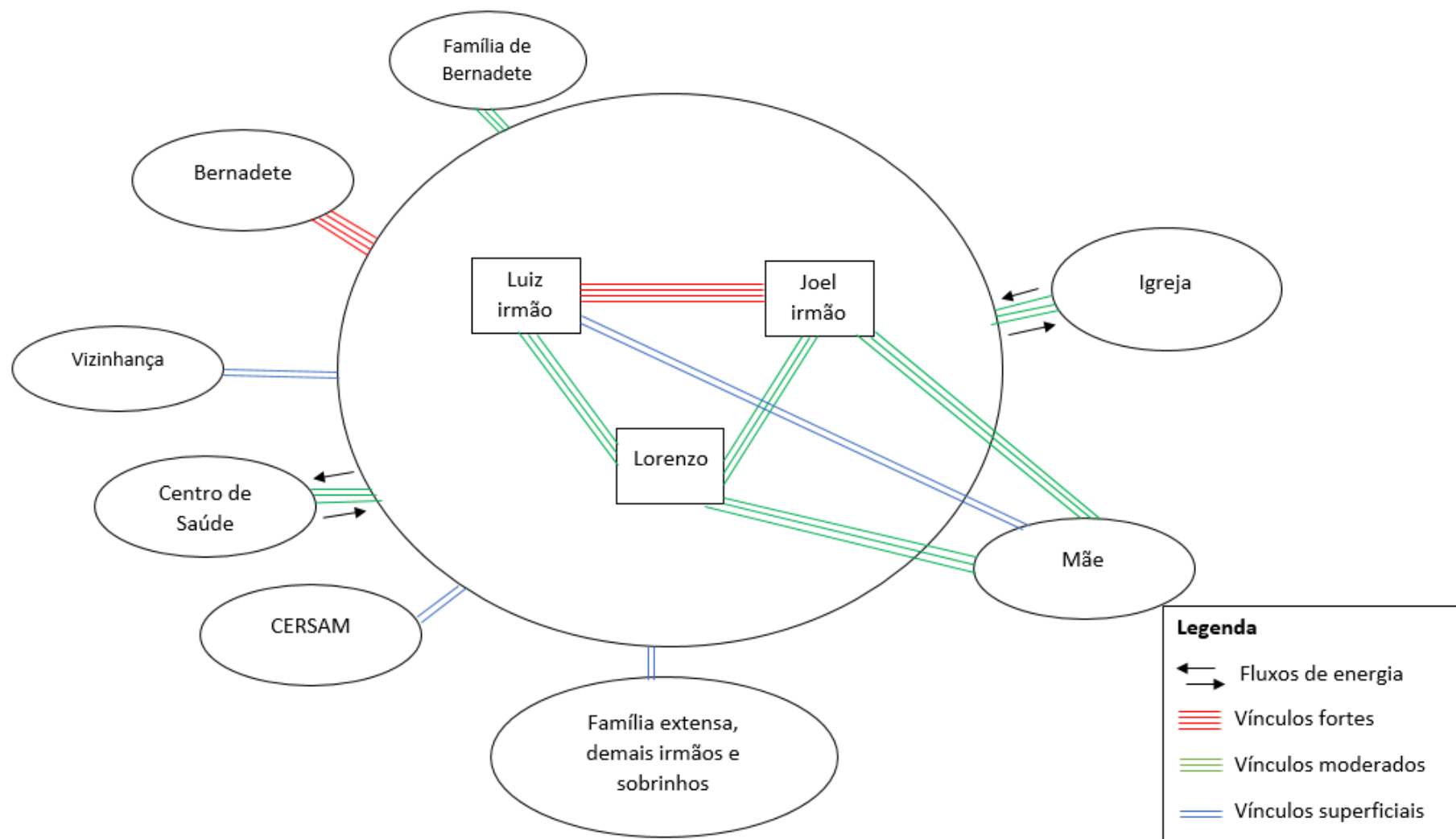
No esquema gráfico do ecomapa da família de Lorenzo (Figura 11) é possível ver a representação dos vínculos a família e sistemas mais amplos.

Figura 10: Representação gráfica do genograma da família de Lorenzo.



Fonte: Dados da Pesquisa, Belo Horizonte (2020).

Figura 11: Representação gráfica do ecomapa da família de Lorenzo.



Fonte: Dados da Pesquisa, Belo Horizonte (2020).

Contexto

Os membros da família de declaram brancos e, de acordo com sua situação econômica, segundo IBGE, são classificados como de Classe D, com renda familiar entre um e três salários mínimos. Quanto à religião, são católicos praticantes, tendo a igreja como vínculo moderado, com grande influência nos costumes e crenças familiares. Moravam em uma área de média vulnerabilidade em um imóvel próprio deixado pela mãe, simples, mas muito organizado.

Dimensão de desenvolvimento

Bernadete alegou em entrevista que não precisou de nenhuma adaptação para auxiliar os irmãos, que, segundo ela, “[...] são bem independentes”, afirmando ainda que, mesmo com o envelhecimento, pois, além de Lorenzo, Joel também já é idoso, não houve alteração em sua rotina. Nas questões referentes ao diagnóstico e à saúde geral do irmão, Bernadete não soube como responder e alegou que apenas a mãe saberia, mas não forneceu meios para entrar em contato com a mesma ou com seus irmãos.

Embora eles sejam independentes no que diz respeito às atividades básicas e instrumentais de vida diária, Bernadete supervisiona e acompanha os irmãos em atividades bancárias e outras complexas que envolvem burocracias, segundo relatos dela.

5 REFLEXÕES ACERCA DO CUIDADO FAMILIAR AO IDOSO COM TRANSTORNO MENTAL

5.1 Da caracterização dos idosos atendidos

A maioria dos idosos (63,2%) era do sexo feminino, resultado próximo ao encontrado no perfil de idosos com transtornos mentais atendidos em um serviço de ambulatório na cidade de Campinas, no estado de São Paulo, onde as mulheres representavam 58,9% dos idosos (BIASOLI, 2015). Também no atendimento em saúde mental há uma predominância do sexo feminino, o que se configura diante do fenômeno do envelhecimento populacional na feminização da velhice (ALMEIDA *et al.*, 2015).

Estudos realizados com idosos em Belo Horizonte demonstram essa realidade, como o de Silva *et al.* (2019) que, ao avaliar fatores associados à síndrome metabólica em idosos de uma das nove regionais do município, evidenciou que 67,5% dos participantes eram do sexo feminino. Em outro ensaio clínico, Ribeiro *et al.* (2018) avaliaram a autopercepção de saúde e vulnerabilidade clínico-funcional de idosos que frequentavam o Centro de Referência da Pessoa Idosa e constataram a prevalência de 69,45% do sexo feminino.

A idade média de 68,06 apresentou-se diferente de outros estudos no município, onde essas médias foram de idade foram de 71 anos (SILVA *et al.*, 2019) e 77 anos (RIBEIRO *et al.*, 2018), cabendo destacar que, no estudo em comparação, a maioria dos idosos eram robustos e independentes para atividades básicas e instrumentais da vida diária.

A predominância da faixa etária entre 60 e 69 anos de idade 65,64% também apresenta diferença em relação ao estudo realizado por Biasoli (2015), em que grande parte da amostra 38,8% se encontra na faixa etária entre 70 e 79 anos, faixa que neste estudo foi a segunda maior, representando 24,85%. No entanto o percentual encontrado na presente pesquisa se aproxima daquele verificado em estudo nacional, em que a faixa etária de 60 a 69 anos corresponde a 56,4% da amostra (PEREIRA *et al.*, 2020).

Quanto à escolaridade, a maioria dos idosos tinha entre um e quatro anos de estudo (43,75%), com baixo percentual de analfabetos de apenas 3,75%. Esses resultados são diferentes e melhores em relação à realidade nacional de

escolaridade dos idosos, com analfabetos em 22,5%; alfabetizados em 48,2%, que podem ser comparados aos que possuem de um a quatro anos de estudo; ensino fundamental com 8%, comparável aos com cinco a oito anos de estudo; ensino médio com 12,1% e superior ou mais com 9,2% (PEREIRA *et al.*, 2020). Esse cenário indica que os idosos deste estudo apresentam melhores índices de alfabetização em relação ao índice nacional.

Segundo o estado civil, 52,75% dos idosos não tinham parceiros. Os percentuais de idoso sem parceiro neste estudo foram próximos aos 50,8%, encontrados no estudo de Biasoli (2015), porém, menores em comparação aos resultados encontrados por Miranda, Soares e Silva (2016) que, em relação à porcentagem de idosos sem parceiros, foi de 63,8%, quando avaliaram a qualidade de vida de idosos que frequentavam o Centro de Referência da Pessoa Idosa de Belo Horizonte.

Quanto à profissão, 46,11% eram donas de casa e 35% aposentados e pensionistas, totalizando 81,11% de idosos que não estavam envolvidos em atividades de trabalho. Os dados encontrados em outros estudos com idosos no município de Belo Horizonte demonstraram um percentual maior de idosos envolvidos em atividades de trabalho. Miranda, Soares e Silva (2016) verificaram que 22,6% dos idosos trabalhavam e 80,2% eram aposentados, e o estudo realizado por Camelo, Giatti e Barreto (2016), revelou que 30,9% dos idosos exerceram atividade de trabalho e 69,1% não exerceram atividade de trabalho na semana anterior ao inquirido na pesquisa

Quanto ao tipo de atendimento no CERSAM, 18% dos idosos não tiveram continuidade de um tratamento no serviço. Esses achados se aproximam do estudo realizado por Biasoli (2015), em que 60,9% dos idosos que realizaram até cinco consultas, 26,4% realizaram de seis a 15 consultas e 12,6% passaram por 16 ou mais consultas. Apesar disso, há de se considerar que, no caso do CERSAM, numerar as consultas não revela muito do acompanhamento, pois os usuários em acompanhamento podem passar o dia e até a noite no serviço em casos de urgência.

A predominância de diagnósticos como demências e *delirium* nos atendimentos únicos pelo plantão pode se justificar com base em alterações no comportamento dos idosos, como inquietação, agressividade e até mesmo o *delirium* causado por infecções e outras causas, sendo que, muitas vezes, a família

não sabe em qual serviço podem ser atendidos. Biasoli (2015) evidencia que os transtornos mentais orgânico, que incluem demências e *delirium*, estavam presentes em 62,3% da amostra, seguidos da presença de aspectos relacionados aos transtornos de humor, como depressão e transtorno bipolar, representando 23,6%.

5.2 Os estudos de caso de Alvarez, Rosa e Lorenzo

O diagnóstico de transtorno mental aconteceu após os trinta anos de idade, nos casos de Rosa e Lorenzo, sendo mais detalhado no caso de Alvarez que ocorreu antes dos 25 anos de idade. O que geralmente acontece nas psicoses, em especial a esquizofrenia, é que seu início surge ao final da adolescência ou no começo da vida adulta (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2018). Pode ser que, nos casos de Rosa e Lorenzo, a manifestação também tenha sido mais cedo, mas sem o devido reconhecimento e tratamento, ou até mesmo, podem ter tido esses recursos, mas os atuais cuidadores não souberam dar esta informação.

Ressalta-se a prevalência de diagnósticos de transtornos mentais em outros membros da família nos três casos, sendo todos irmãos do idoso. Na família de Alvarez, seus irmãos Arlindo e Alessandra foram diagnosticados com diagnóstico com alcoolismo e depressão crônica, respectivamente. Na Família de Rosa, seu irmão Aguinaldo passou por internações em hospital psiquiátrico, Derlene teve síndrome do pânico e Elza teve o diagnóstico de acumuladora, além do sobrinho Norberto que era dependente químico. Já na família de Lorenzo, seus irmãos Joel e Luiz, tiveram apenas suspeita de serem portadores de transtornos mentais comuns, pois, segundo a irmã, nunca foram atendidos em serviços de saúde mental.

A existência de mais familiares com diagnósticos de transtornos mentais também foi identificada por Souza *et al.* (2009) em estudo onde a mãe atribuía a doença do filho, com esquizofrenia, à herança da família do esposo, pois o cunhado tinha o mesmo diagnóstico.

Nos transtornos mentais, não há uma determinação genética direta para o surgimento da doença nos indivíduos. As apostas estão nas combinações das teorias da epigenética e do neurodesenvolvimento. Epigenética é a conjugação de genes que, ao serem expostos a fatores externos do meio, sofrem influência, aumentando a vulnerabilidade do indivíduo para a aquisição da doença. A teoria do neurodesenvolvimento, por sua vez, prevê a incidência de momentos críticos do

desenvolvimento cerebral, quando o indivíduo fica mais vulnerável a sofrer mudanças devido à exposição de fatores externos (FREITAS-SILVA; ORTEGA, 2016).

Dessa forma, pode-se dizer que a influência genética dos irmãos e o fato de crescerem no mesmo ambiente, expostos aos mesmos fatores, constituem aspectos que favoreceram para o desenvolvimento dos transtornos. Ainda, o transtorno mental pode se manifestar ou não a depender de gatilhos ou acontecimentos, como traumas, que deixem o indivíduo psicologicamente perturbado (WATTERS, 2010).

Esses referenciais possibilitam inferir que o filho de Rosa, Roberto, também pode apresentar algum tipo de transtorno mental, devido à desorganização e dificuldade de entendimento e raciocínio, conforme exibido por ele e relatado por seus tios, durante a entrevista. Acredita-se que, assim como no caso dos irmãos de Lorenzo, Joel e Luiz, esse transtorno esteja entre os transtornos mentais comuns.

Transtornos mentais comuns são estados de sofrimento psíquico de ansiedade, depressão e sintomas somatoformes, insônia, dificuldade de concentração, problemas de memória, fadiga, irritabilidade, sentimentos de inutilidade, que poderão ser manifestos em conjunto ou não (QUADROS *et al.*, 2020).

Para além do diagnóstico de transtorno mental, os três participantes eram idosos jovens, com idade entre 62 e 69 anos, senso que apenas Rosa apresentava outras patologias crônicas comuns de serem diagnosticadas em idosos e que desencadeiam quadros de dependência. Rosa era também a mais dependente, nos três casos, embora sua dependência não estivesse relacionada a essas patologias, mas, sim, a uma instabilidade associada à saúde mental.

Dimensão estrutural

Os três casos relatados neste estudo apresentam semelhanças na configuração familiar por se tratar de famílias extensas, com grande influência de irmãos no cuidado. Esse cenário também foi identificado no estudo realizado por Silva, Bouso e Galera (2009), com idosos na prática clínica, onde uma das cinco famílias avaliadas era nuclear.

Ressalta-se que os dois casos do sexo masculino, Alvarez e Lorenzo, não constituíram família, com conjugues ou filhos, diferente de Rosa teve família,

conviveu com dois conjugues diferentes e criou seus filhos da maneira que foi possível. Foi esta a explicação, de não ser uma mulher e irmã, dada pela cuidadora principal de Rosa, embora haja influência das irmãs no cuidado a ela.

Polaro *et al.* (2013) sinalizam para uma tendência de mudança do cuidado, antes centrado apenas na figura da mulher, podendo o homem também ocupar a posição de cuidador. Os autores abordam ainda a necessidade de romper com este estereótipo do cuidado ser feminino, indicando a tendência do cuidado aos idosos não estar tão vinculados a filhos, em decorrência das mudanças ocorridas nas conformações das famílias nas últimas décadas.

A pesquisa realizada por Rhee e Rosenheck (2019), que avaliou a carga do cuidador familiar de pessoas com esquizofrenia nos Estados Unidos, constatou que, entre os cuidadores, 15,9% eram irmãos, 4,5% eram filhos adultos e 11,2% se referiam a outros parentes dos pacientes. Ressalta-se que este estudo parte de uma pesquisa maior, que incluiu 57 cidades norte-americanas, com pessoas de diferentes idades com esquizofrenia.

Cabe destacar que Alvarez e Lorenzo eram independentes para as ABVDs e algumas AIVDs, diferentemente de Rosa que demonstrou ser totalmente dependente para as AIVDs e para banhar-se e vestir-se na maioria dos dias. Mas, embora ela apresente o diagnóstico de outras duas patologias crônicas, sua dependência não esteve relacionada a essas patologias, mas, sim, a uma instabilidade vinculada ao transtorno mental.

Além dessa instabilidade, outros fatores relevantes, como a falta de preparo dos familiares no cuidado, a desorganização do cuidador principal, a falta de harmonia e a prevalência de vínculos negativos, causam ainda mais instabilidade ao transtorno. Pode-se dizer que se tornou um ciclo do qual Rosa não consegue sair sozinha. Ela e a família demonstram a necessidade de intervenções do enfermeiro para que todos esses pontos sejam trabalhados.

Assim, o pressuposto de que idosos com transtorno mental têm mais este agravante para desenvolver fragilidade e dependência nas ABVDs se confirma apenas no caso de Rosa. Também fica evidente que ter o diagnóstico de transtornos mentais provoca impactos negativos nas relações sociais e no bem-estar psicológico (WILBERFORCE *et al.*, 2018). Esses não acometem apenas a pessoa com o transtorno, mas também seus cuidadores, gerando diversas mudanças na dinâmica familiar e limitando os sistemas mais amplos, como vizinhança e igreja.

Além disso, o contexto de vulnerabilidade, associado à baixa renda familiar, também contribui para o quadro de conflitos familiares, o que pode culminar, em longo prazo, em iniquidades e na falta de acesso a saúde, educação e segurança. No estudo de Marques e Sousa (2012), os baixos rendimentos, estavam associados à desconexão familiar, se mostrando presente nos relatos como justificativa para os conflitos familiares.

Ademais, como resultado das iniquidades, a baixa escolaridade e a dificuldade de entendimento podem ser responsáveis pela não adesão ou adesão incorreta aos tratamentos, assim como pela falta de confiança e vínculo com familiares, profissionais de saúde e outros sistemas mais amplos (CECILIO *et al.*, 2014).

Em relação à religiosidade e espiritualidade, esses aspectos não estiveram muito presentes nos relatos das famílias, apenas na família de Lorenzo foi possível encontrar o termo “praticante”, associado à crença religiosa. Nesse sentido, ressalta-se que ter uma referência religiosa proporciona apoio espiritual (SOUZA, *et al.*, 2009), assim como frequentar e participar de costumes e rituais pode proporcionar vínculos fortes com sistemas de apoio mais amplos.

Dimensão de desenvolvimento

A maior demanda de cuidados de Rosa estava centralizada no filho, rejeitando outras pessoas em diversas ocasiões. Esse caso se diferiu dos outros, pelo fato de que o cuidador principal morava longe do idoso com transtorno mental. No caso de Alvarez, sua irmã morava na mesma casa, e, no de Lorenzo, sua irmã morava nos fundos do lote. Com isso, os familiares de Rosa, em todas as quatro entrevistas, demonstraram medo constante de que ela se machucasse, e relataram ainda ocorrência de agressões as outras pessoas.

As atividades diárias de idosos com transtorno mental são, geralmente, centradas em uma determinada pessoa, e variam de cuidados baseados nas necessidades humanas básicas à importância de se manter em constante sinal de alerta e ansiedade pela possibilidade dos pacientes de se prejudicarem ou causarem danos a outros: violência física, perigo de incêndio e risco de envenenamento (KONTRIMIENE *et al.*, 2019)

Cuidar de uma pessoa com transtorno mental envolve sentimentos intrínsecos à vivência de um acontecimento imprevisto, demandando uma nova organização familiar. Ainda os familiares podem se sentir impotentes, fragilizados, culpados e frustrados, pois não sabem como ajudar (BORBA *et al.*, 2011).

Esses sentimentos foram relatados de formas diferentes nos casos. No caso de Alvarez, sua irmã Amanda mencionou, durante entrevista e com ênfase, que cuidar de um idoso com transtorno mental não é fácil. Nas entrevistas realizadas no caso de Rosa, a família relata o sentimento de impotência por não saber mais o que fazer. A convivência diária é difícil e, muitas vezes, sobrecarrega os cuidadores (BORBA *et al.*, 2011; REIS *et al.*, 2015; RHEE; ROSENHECK, 2019).

Assim, o cuidado familiar se mostra fundamental ao idoso com transtorno mental, mas há necessidade de organização da família para possibilitar a estabilidade e a organização necessárias para a pessoa a ser cuidada. Além da demanda de estabilidade e organização, a dedicação em conhecer a doença e o próprio idoso se mostra um aspecto fundamental, como ocorre no caso de Alvarez, em contraponto ao de Rosa, onde a família desconhecia a sua doença.

A necessidade de dedicação e mudanças para se adaptar ao cuidado, como realizado por Amanda no cuidado de Alvarez, proporcionou estabilidade ao idoso e à dinâmica familiar. Embora não tenha sido mencionado abertamente, essa mudança pode ter impactado também no âmbito financeiro da família, pois Amanda abriu mão de trabalhar fora para cuidar do irmão. Nas entrevistas da família de Rosa, o discurso da necessidade dos filhos trabalharem e terem sua vida apareceu, assim como das dificuldades financeiras decorrentes de dívidas e empréstimos contraídos por Rosa e que a impediam de receber integralmente a sua aposentadoria.

A demanda de cuidar de um ente com transtorno mental gera alterações na rotina, sono, prejuízos ao trabalho e à situação financeira; a necessidade de cuidar do familiar, envolvendo a disponibilidade de medicamentos, alimentação e higiene, também gera uma sobrecarga física e psicológica. Além disso, a família terá que conviver com situações atípicas, como sentir medo e a angústia pela possibilidade de crise, não poder deixar o paciente sozinho, possibilidade de agressões verbais e físicas, lidar com as perdas materiais, preconceito e situações constrangedoras com a comunidade (BORBA *et al.*, 2011; BESSA; WAIDMAN, 2013).

Cuidar de pessoas com transtorno mental provoca sobrecarga do cuidador, sendo difícil a ajuda ou revezamento no cuidado, mesmo quando há condições

financeiras para isso, pois não é fácil encontrar alguém disposto a trabalhar com pessoas com transtorno mental. Além disso, o cuidado é prolongado e a sobrecarga e estresse contínuos pelo convívio após treze anos de cuidado tornam-se permanentes, mesmo com melhoras no quadro clínico do familiar e outras intervenções (RHEE; ROSENHECK, 2020)

Essa realidade se mostrou mais evidente na família de Rosa, onde muitos se afastaram dela ou mantiveram vínculos superficiais ou até mesmo negativos, havendo ainda também relatos de familiares que afirmam não mais saberem o que fazer. Conforme revelado no estudo de Borba *et al.* (2011), os familiares, geralmente, apresentam sentimentos de impotência, fragilidade, culpa e frustração, pois não sabe como ajudar.

Esses sentimentos contribuem ainda mais para a sobrecarga e o estresse, que contribuem significativamente para a manutenção de um ciclo negativo para a família. Emerge, nesse cenário, a necessidade de cuidado e amparo à família de idosos com transtorno mental para que possam proporcionar os cuidados adequados e necessários, trabalhando no rompimento desse ciclo.

A conversa e as explicações com o familiar já proporcionariam melhoras quanto às incertezas advindas desse cuidado. Uma demanda apresentada por Roberto, filho de Rosa, que, em contraponto Amanda, irmã de Alvarez, apontou que ter essa explicação de um profissional da saúde foi fundamental para sua adaptação aos cuidados. A falta de interação entre profissionais da saúde e cuidadores informais também foi pautada como negativa por Kontrimiene *et al.* (2019), ao avaliarem o sistema de atendimento ao idoso com transtornos mentais, sob a perspectiva de cuidadores informais, na Lituânia.

Entre as principais demandas para o cuidado ao idoso com transtorno mental, têm-se a busca pela informação, os questionamentos respondidos pelo conjunto de estudos, a convivência com a pessoa com transtorno mental e a dedicação na convivência com o idoso para ficar mais próximo e desvendar as oscilações da doença. Ressalta-se que é necessário proporcionar autonomia e independência para os idosos com transtorno mental, mas com supervisão, principalmente para as atividades instrumentais referentes ao tratamento, como a administração adequada de medicações de uso contínuo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram caracterizados 326 idosos sendo 63,2% do sexo feminino, média de idade de 68,06 com idades entre 60 e 94 anos, 43,75% tinham entre um e quatro anos de estudo, 45,3% eram casados, 46,11% eram donas de casa e 35% aposentados, e 32,82% tinham acompanhamento prolongado no CERSAM. Essas informações proporcionaram certo conhecimento acerca dos idosos atendidos em serviços de saúde mental, tema de pouca publicação, especialmente em relação a Belo Horizonte, local deste estudo.

A utilização do MCAF como referencial teórico permitiu levantar os principais aspectos de sua estrutura, desenvolvimento e funcionamento, identificando os vínculos do usuário e seus relacionamentos no micro e macro espaço familiar, evidenciando o papel das redes de apoio e as funções que desempenham no cotidiano. Esses foram representados com a utilização do genograma e ecomapa, permitindo melhor visualização das estruturas interna e externa das famílias.

Quanto ao cuidado familiar ao idoso com transtorno mental, os três casos descritos neste estudo apresentam semelhanças na configuração familiar por se tratar de famílias biológicas, com grande influência de irmãos no cuidado. Houve também a prevalência de diagnósticos de transtornos mentais em outros membros da família, nos três casos, sendo todos irmãos do idoso.

Os três idosos avaliados eram jovens, e apenas Rosa apresentava outras patologias crônicas que desencadeiam quadros de dependência, embora sua dependência esteja relacionada a uma instabilidade vinculada ao transtorno mental, o que apresentou associação com a falta de preparo, sobrecarga e prevalência de vínculos negativos na família.

Ressalta-se que, para o cuidado familiar ao idoso com transtorno mental, há necessidade de adaptação da família, com estabilidade, organização e dedicação, para conhecer a doença e o próprio idoso. Identificou-se ainda a substituição de trabalho formal por trabalho informal no domicílio, em um dos casos, com meio para proporcionar supervisão e cuidados diários ao idoso. Além disso, a informação por parte de profissionais da saúde e o conhecimento da doença se revelaram aspectos fundamentais para proporcionar o cuidado familiar aos idosos com transtorno mental, de forma mais harmoniosa, criando vínculos mais próximos com o idoso e diminuindo os vínculos negativos.

Para exercer o cuidado, as famílias se viram sozinhas, sem amparo do Estado por intermédio de serviços de saúde ou assistência social. Os serviços de saúde, quando mencionados, exerciam vínculos fracos ou moderados em famílias com muitas fragilidades diante do adoecimento psíquico de um familiar, ou ainda com dificuldades e vulnerabilidades sociais.

Cabe salientar a ausência da efetivação de políticas públicas voltadas para a assistência psiquiátrica em rede, devendo-se ainda reforçar a necessidade de políticas de cuidados continuados que contemplem família e idoso.

Como demandas para o cuidado ao idoso com transtorno mental, destacam-se a busca pela informação, os questionamentos que vão sendo respondidos pelo conjunto de estudo, convivência com a pessoa com transtorno mental e a dedicação na convivência com a pessoa para ficar mais próximo e desvendar os altos e baixos da doença.

Espera-se que este estudo contribua para o conhecimento sobre o tema, principalmente em relação aos idosos com transtorno mental. Ainda, que este estudo possa contribuir com os familiares no cuidado a esse público, com a mobilização da rede de atenção e de profissionais, em especial os enfermeiros. Que estes utilizem do MCAF, complementando com intervenções na orientação e plano de cuidados para idosos e familiares cuidadores.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Alessandra; MAFRA, Simone; SILVA, Emília; KANSO, Solange. A feminização da velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. **Textos & Contextos**, v. 14, n. 1, p.115-131, 2015.

ALMEIDA, José Miguel Caldas de. Política de saúde no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 11, e00129519, 2019.

ALMEIDA, Osvaldo P. Idosos atendidos em serviço de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n.1, p.12-18, 1999.

ALVES-SILVA, Júnia Denise; SCORSOLINI-COMIN, Fabio; SANTOS, Manoel Antônio dos. Idosos em instituições de longa permanência: desenvolvimento, condições de vida e saúde. **Psicologia Reflexão e Crítica**, v. 26, n. 4, p.820-830, 2013.

ANGELO, Margareth; BOUSSO, Regina Szylit. Fundamentos da assistência à família em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de enfermagem**. São Paulo: Ministério da Saúde, 2001.

BELO HORIZONTE. Lei nº 7.930, de 30 de dezembro de 1999. **Institui a Política Municipal do Idoso**. Belo Horizonte: Diário Oficial do Município, 1999.

BESSA, Jacqueline Botura; W Aidman, Maria Angélica Pagliarini. Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 22, n. 1, p.61-70, 2013.

BIASOLI, Tiago Rodrigo. **Perfil dos idosos com transtornos mentais assistidos em ambulatórios do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (SP)**. Dissertação [Mestrado em Gerontologia]. 73f. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas / Universidade Estadual de Campinas, 2015.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 2001.

BORBA, Leticia de Oliveira; PAES, Marcio Roberto; GUIMARÃES, Andréa Noeremberg; LABRONICI, Liliana Maria; MAFTUM, Mariluci Alves. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p.442-449, 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Diário Oficial da União, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências**. Brasília: Diário Oficial da União, 1994.

BRASIL. Decreto nº 1.948, de 03 de julho de 1996. **Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1996, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências.** Brasília: Diário Oficial da União, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 280, de 07 de abril de 1999. **Regulamenta a presença de acompanhante de pacientes maiores de 60 anos em hospitais públicos, contratados ou conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS, e dá outras providências.** Brasília: Ministério da Saúde, 1999a.

BRASIL. Ministério de Saúde. Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999. **Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso.** Brasília: Ministério da Saúde, 1999b.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 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: Diário Oficial da União, 2001.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso, e dá outras providências.** Brasília: Diário Oficial da União, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

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: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 664, de 23 de abril de 2013. **Aprova o Plano de Ação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Estado de Minas Gerais e Municípios.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CAMARANO, Ana Amélia (coord.). **Características das instituições de longa permanência para idosos:** Região Sudeste. Brasília: IPEA, 2010.

CAMARANO, Ana Amélia (org.). **Política Nacional do Idoso:** velhas e novas questões. Rio de Janeiro: IPEA, 2016.

CAMARANO, Ana Amélia; MELLO, Juliana Leitão. Cuidados de longa duração no Brasil: o arcabouço legal e as ações governamentais. In: CAMARANO, Ana Amélia. (org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa:** um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA, 2010, p.68-92.

CAMELO, Lidyane do Valle; GIATTI, Luana; BARRETO, Sandhi Maria. Qualidade de vida relacionada à saúde em idosos residentes em região de alta vulnerabilidade para saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 2, p.280-293, 2016.

CAVALCANTE, Ana Egliny Sabino; RODRIGUES, Antonia Regynara Moreira; PAIVA, Geilson Mendes de; MOURÃO NETTO, José Jeová; GOYANNA, Natália Frota. Aplicação do Modelo Calgary para avaliação familiar na Estratégia Saúde da Família. **Revista Espaço Ciência & Saúde**, v. 4, p.16-28, 2016.

CECILIO, Hellen Pollyanna Mantelo; SANTOS, Katiucy Sturião dos; VENDRAMETO, Marina Marin; MARCON, Sonia Silva. Modelo Calgary de Avaliação da Família: experiência em um projeto de extensão. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 3, p.536-544, 2014.

CHESNEY, Edward; GOODWIN, Guy M.; FAZEL, Seena. *Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review*. **World Psychiatry**, v. 13, n. 2, p.153-160, 2014.

CLEMENTE, Adauto Silva. **Concepções dos psiquiatras sobre o transtorno bipolar do humor e sobre o estigma a ele associado**. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva]. 283f. Belo Horizonte: Centro de Pesquisas René Rachou / Fundação Oswaldo Cruz, 2015.

CLEMENTE, Adauto Silva; LOYOLA FILHO, Antônio Ignácio; FIRMO, Josélia Oliveira Araújo. Concepções sobre transtornos mentais e seu tratamento entre idosos atendidos em um serviço público de saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v.27, n.3, p.555-564, 2011.

COLLIER, Elizabeth; SORRELL, Jeanne M. *Schizophrenia in older adults*. **Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services**, v. 49, n. 11, p. 17-21, 2011.

COLLIÈRE, Marie-Françoise. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.

DUARTE, Marcella Costa Souto. **Aplicação do Modelo Calgary para avaliação de famílias de idosos hospitalizados sob cuidados paliativos**. Tese [Doutorado em Enfermagem]. 142f. João Pessoa: Centro de Ciências da Saúde / Universidade Federal da Paraíba, 2015.

ELSEN, Ingrid; MARCON, Sônia Silva; SOUZA, Ana Isabel Jatobá; NITSCHKE, Rosane Gonçalves (orgs.). **Enfermagem com famílias: modos de pensar e maneiras de cuidar em diversos cenários brasileiros**. Florianópolis: Papa-livro, 2016.

FAVERO, Luciane; RODRIGUES, Jessica Aline Pereira. Pesquisa estudo de caso. In: LACERDA, Maria Ribeiro; Regina Gema Santini. **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde**. Porto Alegre: Moriá, 2016, p.291-324.

FERNANDES, Maria Teresinha de Oliveira; SOARES, Sônia Maria. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 6, p.1494-1502, 2012.

FERREIRA, Pedro Moura. Envelhecimento e direitos humanos. **Conjectura: Filosofia e Educação**, v. 20, n. esp., p.183-197, 2015.

FILETE, Michely. **Processo de trabalho do enfermeiro em instituições de longa permanência para idosos de uma capital da região sudeste**. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. 139f. Vitória: Centro de Ciências da Saúde / Universidade Federal do Espírito Santo, 2016.

FRÁGUAS, Gisele; ALMEIDA, Shirley Pereira de; SOARES, Sônia Maria. Avaliação e Intervenção na Família no Contexto da Saúde Coletiva: pressupostos teóricos e metodológicos. In: RIBEIRO, Marina Celly Martins; HORTA, Natália de Cássia. (org.). **Enfermagem em saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012, p.155-170.

FREITAS-SILVA, Luna Rodrigues; ORTEGA, Francisco. A determinação biológica dos transtornos mentais: uma discussão a partir de teses neurocientíficas recentes. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 8, e00168115, 2016.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2010.

GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira; HOFFMANN, Jane Maria; BEGNINI, Danusa; MISTURA, Claudelí; STAMM, Bruna. A família frente ao adoecimento por câncer de mama. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 6, n. 3, p.360-370, 2016.

GUIMARÃES, Macella Lopes; SOUZA, Marina Celly Martins Ribeiro; AZEVEDO, R. S.; PAULUCCI, T. D. O cuidado ao idoso em saúde coletiva: um desafio e um novo cenário de prática. In: SOUZA, Marina Celly Martins Ribeiro; HORTA, Natália de Cássia (orgs.). **Enfermagem em saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012, p.299-314.

HORTA, Ana Lúcia de Moraes; FERREIRA, Denise Cristina de Oliveira; ZHAO, Li Men. Envelhecimento, estratégias de enfrentamento do idoso e repercussões na família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 4, p.523-528, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

KONTRIMIENE, Ausrine; SAUSERIENE, Jolanta; LISECKIENE, Ida; VALIUS, Leonas; JARUSEVICIENE, Lina. *Insights into the system of care of the elderly with mental disorders from the perspective of informal caregivers in Lithuania*. **International Journal of Mental Health Systems**, v. 13, n. 55, p.1-9, 2019.

LACERDA, Tatiana Teixeira Barral de; HORTA, Natália de Cássia; SOUZA, Marina Celly Martins Ribeiro de; OLIVEIRA, Tatiana Resende Prado Rangel de; MARCELINO, Karla Geovani Silva; FERREIRA, Quesia Nayrane. *Characterization of*

long-term care facilities for the elderly in the metropolitan region of Belo Horizonte. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 20, n. 6, p.743-753, 2017.

LEITE, Marinês Tambara; FLORES, Julia Sperotto; HILDEBRANDT, Leila Mariza; PERLINI, Nara Marilene Girardon; LINCK, Caroline de Leon. Idosos mais velhos no domicílio: a família como unidade de cuidado. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 4, n. 4, p. 2816-2831, 2012.

LINS, Ana Elizabeth dos Santos; ROSAS, Carola; NERI, Anita Liberalesso. Satisfação com as relações e apoios familiares segundo idosos cuidadores de idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 3, p.330-341, 2018.

LIU, Nancy H.; DAUMIT, Gail L.; DUA, Tarun; AQUILA, Ralph; CHARLSON, Fiona; CUIJPERS, Pim *et al.* *Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas.* **World Psychiatry**, v. 16, n. 1, p.30-40, 2017.

MANTOANI, Roberta Gulo Carlos; VASCONCELOS, Érica Costa; FREITAS, Ana Paula. Idosos com transtornos mentais: intervenção psicossocial em uma instituição de longa permanência. **Revista Brasileira De Ciências Do Envelhecimento Humano**, v. 11, n. 1, p.65-74, 2014.

MARCON, Sônia Silva; WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini; CARREIRA, Lígia; DECESÁRIO, Maria das Neves. Compartilhando a situação de doença: o cotidiano de famílias de pacientes crônicos. In: ELSEN, Ingrid; MARCON, Sônia Silva; SILVA, Mara Regina Santos da (orgs.). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** Maringá: EDUEM, 2002, p.311-335.

MARQUES, Filipa Daniela; SOUSA, Liliana. Integridade familiar: especificidades em idosos pobres. **Paidéia**, v. 22, n. 52, p.207-216, 2012.

MARTINHAGO, Fernanda; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. (Des)institucionalização: a percepção dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 4, p.1273-1284, 2015.

MARTINS, Maria Manuela; FERNANDES, Carla Sílvia; GONCALVES, Lucia Hisako Takase. A família como foco dos cuidados de enfermagem em meio hospitalar: um programa educativo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 4, p.685-690, 2012.

MARTINS, Pedro Pablo Sampaio; GUANAES-LORENZI, Carla. Participação da família no tratamento em saúde mental como prática no cotidiano do serviço. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 32, n. 4, p.1-9, 2016.

MAZZA, Verônica de Azevedo; PERLINI, Nara Marilene Oliveira Girardon; SOARES, Larissa Gramazio; NASCIMENTO, Jaqueline Dias do. A família como unidade de análise em pesquisa de enfermagem. In: LACERDA, Maria Ribeiro; RIBEIRO, Renata Perfeito; COSTENARO, Regina Gema Santini. **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde.** Volume II. Porto Alegre: Moriá, 2018; p.347-372.

MINAS GERAIS. Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995. **Dispõe sobre a promoção da saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental; determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes; regulamenta as internações, especialmente a involuntária, e dá outras providências.** Belo Horizonte: Diário Oficial do Estado, 1995.

MINAS GERAIS. Lei Estadual nº 12.684, de 01 de dezembro de 1997. **Altera a Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995, que dispõe sobre a promoção da saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental e dá outras providências.** Belo Horizonte: Diário Oficial do Estado, 1997.

MINAS GERAIS. Resolução CESMG nº 010, de 08 de julho de 2016. **Institui a Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, estabelecendo a regulamentação da sua implantação e operacionalização e as diretrizes e normas para a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no estado de Minas Gerais e Municípios.** Belo Horizonte: Diário Oficial do Estado, 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; CAVALCANTE, Fátima Gonçalves. Tentativas de suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura (2002/2013). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p.1751-1762, 2015.

MIRANDA, Livia Carvalho Viana; SOARES, Sônia Maria; SILVA, Patrícia Aparecida Barbosa. Qualidade de vida e fatores associados em idosos de um Centro de Referência à Pessoa Idosa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p.3533-3544, 2016.

MOCELIN, Cheila; SILVA, Tatiana Gaffuri da; CELICH, Kátia; MADUREIRA, Valéria Faganello; SOUZA, Silvia Silva de; COLLISELLI, Liane. O cuidado do idoso dependente no contexto familiar. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v. 9, n. 4, p.1034-1039, 2017.

MORAIS, Fernanda Rodrigues Chaves; SILVA, Carolina de Mendonça Coutinho e; RIBEIRO, Monique Carvalho Marrafa; PINTO, Nádia Regina da Silva; SANTOS, Iraci dos. Resgatando o cuidado de enfermagem como prática de manutenção da vida: concepções de Collière. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 19, n. 2, p.305-310, 2011.

OLIVEIRA, Ercília Gama de. A saúde mental na Atenção Básica de Saúde: uma parceria com as equipes de Saúde da Família. In: NILO, Kelly; MORAIS, Maria Auxiliadora Barros; GUIMARÃES, Maria Betânia de Lima; VASCONCELOS, Maria Eliza; NOGUEIRA, Maria Tereza Granha; ABOU-YD, Miriam (orgs.). **Política de saúde mental de Belo Horizonte:** o cotidiano de uma utopia. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2008, p.17-26.

OLIVEIRA, Wagner Ivan Fonseca de; HERNÁNDEZ, Pedro Jesus Saturno; SOUSA, Kelienny de Meneses; PIUVEZAM, Grasiela; GAMA, Zenewton André da Silva. Equivalência semântica, conceitual e de itens do *Observable Indicators of Nursing Home Care Quality Instrument*. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 7, p.2243-2256, 2016.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. ***The burden of mental disorders in the region of the Americas, 2018***. Washington, D.C: PAHO, 2018.

PEREIRA, Ingrid Freitas da Silva; VALE, Diôgo; BEZERRA, Mariana Silva; LIMA, Kenio Costa de, RONCALLI, Angelo Giuseppe; LYRA, Clélia de Oliveira. Padrões alimentares de idosos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p.1091-1102, 2020.

POLARO, Sandra Helena Isse; GONCALVES, Lucia Hisako Takase; NASSAR, Silvia Modesto; LOPES, Marcia Maria Braganca; FERREIRA, Viviane Ferraz; MONTEIRO; Hellen Karinna. Dinâmica da família no contexto dos cuidados a adultos na quarta idade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 2, p. 228-233, 2013.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. **Prodabel detalha tamanho e número de bairros das regionais**. Out. 2018. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/noticias/prodabel-detalha-tamanho-e-numero-de-bairros-das-regionais>>. Acesso em 26 nov. 2018.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. **PBH apresenta resultados da política municipal para a população idosa**. Dez. 2019a. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/noticias/prefeitura-apresenta-resultados-da-politica-municipal-para-populacao-idosa>> Acesso em 23 abr. 2020.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. **Centro de Referência em Saúde Mental – CERSAM**. Nov. 2019b. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/atencao-a-saude/urgencia-e-emergencia/cersam>>. Acesso em 23 abr. 2020.

QUADROS, Lenice de Castro Muniz de; QUEVEDO, Luciana de Avila; GONÇALVES, Helen Denise; HORTA, Bernardo Lessa; MOTTA, Janaína Vieira dos Santos; GIGANTE, Denise Petrucci. Transtornos mentais comuns e fatores contemporâneos: coorte de nascimentos de 1982. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 1, e20180162, 2020.

REIS, Luana Araújo dos; GOMES, Nadirlene Pereira; REIS, Luciana Araújo dos; MENEZES, Tânia Maria de Oliva; COUTO, Telmara Menezes; AGUIAR, Aline Cristiane de Souza Azevedo; ABREU, Margarida da Silva Neves de. Relação familiar da pessoa idosa com comprometimento da capacidade funcional. **Aquichan**, v. 15, n. 3, p.393-402, 2015.

RHEE, Taeho Greg; ROSENHECK, Robert A. *Does improvement in symptoms and quality of life in chronic schizophrenia reduce family caregiver burden?* **Psychiatry Research**, v. 271, 402-404, 2019.

RIBEIRO, José Mendes; INGLEZ-DIAS, Aline. Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p.4623-4634, 2011.

RIBEIRO, Edmar Geraldo; MATOZINHOS, Fernanda Penido; GUIMARÃES, Gilberto de Lima; COUTO, Alcimar Marcelo do; AZEVEDO, Raquel Souza; MENDOZA, Isabel Yovana Quispe. Autopercepção de saúde e vulnerabilidade clínico-funcional de idosos de Belo Horizonte/Minas Gerais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, Suppl. 2, p.914-921, 2018.

SANTOS, Aliny de Lima; CECILIO, Hellen Pollyanna Mantelo; TESTON, Elen Ferraz; MARCON, Sonia Silva. Conhecendo a funcionalidade familiar sob a ótica do doente crônico. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 21, n. 4, p.879-886, 2012.

SILVA, Joyce Alonso Canto da; ALMEIDA, Maria Helena Morgani de. Orientações políticas e prática profissional em instituições de longa permanência para idosos. **Estudos Interdisciplinares Sobre o Envelhecimento**, v. 18, n. 1, p.119-135, 2013.

SILVA, Lúcia; BOUSSO, Regina Szylit; GALERA, Sueli Aparecida Frari. Aplicação do Modelo Calgary para avaliação de famílias de idosos na prática clínica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 4, p.530-534, 2009.

SILVA, Patrícia Aparecida Barbosa; SACRAMENTO, Antonieta de Jesus; CARMO, Camila Isis de Deus do; SILVA, Líliam Barbosa; SILQUEIRA, Salete Maria de Fátima; SOARES, Sônia Maria. Fatores associados à síndrome metabólica em idosos: estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, supl. 2, p. 231-239, 2019.

SOUZA, Maiquel Danzer de; KANTORSKI, Luciane Prado; SCHWARTZ, Eda; GALERA, Sueli Aparecida Frari; TEIXEIRA JÚNIOR, Sidnei. A convivência em família com o portador de transtorno psíquico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 1, p.124-132, 2009.

TAVARES, Sandra Maria Greger. A saúde mental do idoso brasileiro e a sua autonomia. **Envelhecimento & Saúde – Boletim do Instituto de Saúde**, n. 47, p.87-89, 2009.

TOWNSEND, Mary C. **Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

UPADHYAYA, Mihir; SHER, Leo. *Prevention of suicide in older adults*. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 41, n. 4, p. 365-366, 2019.

WATTERS, Ethan. A americanização da doença mental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 13, n. 1, p.102-115, 2010.

WILBERFORCE, Mark; BATTEN, Eric; CHALLIS, David; DAVIES, Linda; KELLY, Michael P.; ROBERT, Chris. *The patient experience in community mental health services for older people: a concept mapping approach to support the development*

of a new quality measure. BMC Health Services Research, v.18, n. 1 (461), p.1-11, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global health estimates 2016 summary tables: DALYs by cause, age and sex, by who region, 2000-2016**. Geneva, 2018. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/>. Acesso em 26 mar. 2020.

WRIGHT, Lorraine M.; LEAHEY, Maureen. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. São Paulo: Roca, 2012.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2010.

APÊNDICE I

Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE

Número de Registro no CEP:

Projeto de Pesquisa: O cuidado familiar à pessoa idosa com transtorno mental

Prezado (a) Senhor(a): você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem como objetivo analisar o cuidado familiar prestado à pessoa idosa com transtorno mental. O motivo do convite se deve ao fato de você ser familiar de um idoso com transtorno mental que está em tratamento, ou já esteve em tratamento, no Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) Barreiro. Para o sucesso deste estudo, a sua especial colaboração em participar efetivamente é indispensável. Será realizada uma entrevista com duração média de 30 minutos, com roteiro semiestruturado em local e horário de sua escolha, com o intuito de evitar qualquer tipo de deslocamento ou transtorno na sua rotina. A entrevista poderá, com o seu consentimento, ser gravada, para melhor examinarmos as suas percepções.

Para participar deste estudo, o Sr. (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar a qualquer tempo e sem quaisquer prejuízos, podendo retirar o consentimento de guarda e utilização das informações coletadas e armazenadas, valendo a desistência a partir da data de formalização da mesma. Os possíveis riscos em participar podem ser de desconfortos ou constrangimentos em responder à entrevista, mas os pesquisadores foram treinados para a forma de tratá-lo(a) e como se portar em tais situações para minimizar os riscos, assim como para manter em sigilo sua identidade. Os possíveis benefícios serão em longo prazo no direcionamento do cuidado familiar ao idoso com transtorno mental e na proposição de discussões, estudos e políticas sobre a temática.

A sua participação é voluntária, e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a) pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados obtidos pela pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu

nome ou qualquer informação que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos na sala 219 da Escola de Enfermagem da UFMG e, após esse tempo, serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo à legislação brasileira (Resoluções Nº 466/12; 441/11 e a Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa “O cuidado familiar à pessoa idosa com transtorno mental”, de maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações ou modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

() Concordo que meus dados sejam utilizados somente para esta pesquisa.

Declaro que concordo em participar desta pesquisa. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido assinado por mim e pelo pesquisador, que me deu a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Nome completo do participante

Data

Assinatura do participante

Nome completo do pesquisador responsável: Sônia Maria Soares.

Endereço: Av. Prof. Alfredo Balena, 190 – Santa Efigênia, CEP: 30130-100 / Belo Horizonte – MG. E-mail: smsoares.bhz@terra.com.br.

Assinatura do pesquisador responsável

Data

Nome completo do pesquisador: Quesia Nayrane Ferreira.

Endereço: Rua Irís, 130 Lindéia, CEP: 30690-570 / Belo Horizonte – MG.

Telefones: (31) 992935628. E-mail: quesiaferreira20@gmail.com.

Assinatura do pesquisador

Data

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

COEP-UFMG - Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG

Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005.

Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 31270-901.

E-mail: coep@prpq.ufmg.br . Tel: 3409-4592.

APÊNDICE II

Carta de Anuência

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos que as pesquisadoras Sônia Maria Soares e Quesia Nayrane Ferreira possam desenvolver o seu projeto de pesquisa “O cuidado à pessoa idosa com transtorno mental”, cujo objetivo é analisar o cuidado familiar prestado à pessoa idosa com transtorno mental, nesta Instituição: _____

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados, o protocolo deve ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP UFMG) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa em que a instituição está vinculada.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2019.

Carimbo e Assinatura da Chefia do Setor

APÊNDICE III

Questionário semiestruturado de entrevistas

1. Como é a sua Família?
2. E como você identifica o (a) _____ dentro da família?
3. Como é o cotidiano da família?
4. Conte-me sobre o cuidado com o (a) _____?
5. Como você se identifica nesse cuidado?
6. Quem mais cuida do (a) _____?
7. Você sabe qual é a doença que o (a) _____ tem?
8. Como é a relação com a vizinhança? E com igreja? Há outros lugares que frequentam?
9. O (a) _____ tem alguma outra doença?
10. O que foi preciso mudar para cuida do (a) _____?
11. E com o envelhecimento esse cuidado mudou?

ANEXO I

Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O CUIDADO FAMILIAR À PESSOA IDOSA COM TRANSTORNO MENTAL

Pesquisador: Sônia Maria Soares

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 10473319.9.0000.5149

Instituição Proponente: Universidade Federal de Minas Gerais

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.519.968

Apresentação do Projeto:

Pesquisa descritivo-exploratória de abordagem qualitativa, com uso de fontes secundárias de dados Prontuários no Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) e nos Centros de Saúde com entrevista a 30 familiares dos idosos com transtorno mental.

No TCLE, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.docx, informa: "O motivo do convite se deve ao fato de você ser familiar de um idoso com transtorno mental que está em tratamento, ou já esteve em tratamento, no Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) Barreiro. Para o sucesso deste estudo a sua especial colaboração em participar efetivamente é indispensável. Será realizada uma entrevista com duração média de 30 minutos com roteiro semiestruturado em local e horário de sua escolha com o intuito de evitar qualquer tipo de deslocamento ou transtorno na sua rotina. A entrevista poderá, com o seu consentimento, ser gravada, para melhor examinarmos as suas percepções."

No projeto completo, PROJETO.docx, está descrito a entrevista: "APÊNDICE 1 – Roteiro Semiestruturado:

1. Conte-me sobre o cuidado com o (a) "nome do idoso"? 2. Como você se identifica nesse cuidado? 3. Quem mais cuida o (a) "nome do idoso"? 4. Há quanto tempo ele(a) tem o diagnóstico de (doença)? 5. E ele(a) tem alguma outra doença? 6. Como você identifica o (a) "nome do idoso" dentro da família?"

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar o cuidado familiar prestado à pessoa idosa com transtorno mental.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad. Sl. 2006
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.519.998

Objetivo Secundário: Analisar as mudanças e adaptações ocorridas na família a partir do idosos com transtorno mental. Compreender as demandas de cuidado e os recursos utilizados pela família no cuidado da pessoa idosa com transtorno mental.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

No TCLE, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.docx, descreve: "Para participar deste estudo o Sr. (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar a qualquer tempo e sem quaisquer prejuízos, pode retirar o consentimento de guarda e utilização das informações coletadas e armazenadas, valendo a desistência a partir da data de formalização desta. Os possíveis riscos em participar pode ser de desconfortos ou constrangimentos em responder à entrevista, mas os pesquisadores foram treinados para a forma de tratá-lo(a) e como se portar em tais situações para minimizar os riscos, assim como para manter em sigilo sua identidade. Os possíveis benefícios serão a longo prazo no direcionamento do cuidado familiar ao idoso com transtorno mental e na proposição de discussões, estudos e políticas sobre a temática."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto possui a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/ SMSA-BH como coparticipante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Resposta ao parecer deste Comitê, nº 3.282.552, resposta.docx: a pesquisadora relata: "não foi possível responder até o dia 23/05/2019, conforme prazo de 30 dias estabelecido, pois ainda não havia conseguido a resposta com a carta de anuência."

- Anuência - digitalizar0001.pdf: autorização do CERSAM Belo Horizonte/ DRES BISMBA.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora atendeu o parecer deste Comitê, nº 3.282.552, PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_GEP_3282552.pdf, portanto, aprova-se o projeto.

Considerações Finais e critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 8527 2ª Ad. Si 2005
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@ppq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 3.519.900

notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1281517.pdf	11/08/2019 21:38:05		Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	digitalizar0001.pdf	11/08/2019 21:35:21	QUESIA NAYRANE FERREIRA	Aceito
Outros	resposta.docx	24/05/2019 23:52:04	QUESIA NAYRANE FERREIRA	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeConsentimentoLivreeEsclarecido.docx	24/05/2019 23:19:24	QUESIA NAYRANE FERREIRA	Aceito
Parecer Anterior	CONSUBSTANCIADO.pdf	24/05/2019 23:01:34	QUESIA NAYRANE FERREIRA	Aceito
Parecer Anterior	parecercep.docx	19/03/2019 17:40:47	QUESIA NAYRANE FERREIRA	Aceito
Outros	parecerdepartamento.pdf	19/03/2019 17:34:14	QUESIA NAYRANE FERREIRA	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	03/01/2019 15:15:48	Sônia Maria Soares	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	28/12/2018 16:54:16	Sônia Maria Soares	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 20 de Agosto de 2019

Assinado por:

Elaine Crislina de Freitas Rocha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad. 51 2005
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4932 E-mail: coep@ppq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS




Continuação do Parecer: 3.519.900


Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 8527 2ª Adm 51 3006
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

ANEXO II

Termo de Anuência da Prefeitura de Belo Horizonte



**PREFEITURA
BELO HORIZONTE**
GOVERNANDO PARA QUEM PRECISA



TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Declaramos conhecer o projeto de pesquisa **O cuidado familiar à pessoa idosa com transtorno mental**, sob a responsabilidade da pesquisadora Quesia Nayrane Ferreira, CPF 107.749.196-47, cujo objetivo é analisar o cuidado familiar prestado à pessoa idosa com transtorno mental e autorizamos que este estudo seja executado no CERSAM Barreiro e Centros de Saúde da Regional Barreiro da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – SMSA-BH.

Esta autorização foi subsidiada por uma apreciação institucional das gerências responsáveis pela temática da pesquisa e está condicionada ao cumprimento pelos (a/o) pesquisadores (a/o) dos requisitos das Resoluções 466/12, 510/16 e suas complementares.

A SMSA-BH deverá constar como coparticipante da pesquisa.

Solicitamos que, ao término da pesquisa, a data da apresentação do trabalho seja informada à Gerência de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, assim como a referência do mesmo, em caso de publicação.

A utilização dos dados pessoais dos sujeitos da pesquisa se dará exclusivamente para os fins científicos propostos, mantendo o sigilo e garantindo a utilização das informações sem prejuízo das pessoas, grupos e ou comunidades.

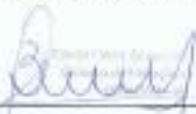
O início do estudo dependerá de sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA.

Este Termo de Anuência terá validade de 24 (vinte e quatro) meses, a partir de sua assinatura.

Belo Horizonte, 17 de maio de 2019

Renata Mascarenhas Bernardes
166 77 577-4
Diretora de Assistência à Saúde
Secretaria Municipal de Saúde
de Belo Horizonte

Renata Mascarenhas Bernardes
Diretoria de Assistência à Saúde
Secretaria Municipal de Saúde/SMSA



Cláudia Fidelis Barcaro
Gerência de Educação em Saúde
Secretaria Municipal de Saúde/SMSA

Gerência de Educação em Saúde/GEGBA
Diretoria de Promoção à Saúde e Vigilância Epidemiológica
Subsecretaria de Promoção e Vigilância à Saúde
Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – SMSA/BH
Rua Frederico Brazer, Anexo, nº103 - 2º andar - Praça Guatagá - CEP 30 129-000 - Belo Horizonte/MG
Telefone: (31) 3277 9281 / 8916 e Fax (31) 3277 8668 / e-mail: gebsa@pbh.gov.br