

FACULDADE DE ENFERMAGEM E MEDICINA NOVA ESPERANÇA –  
FACENE  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

LAURA POLLYANNA RODRIGUES DE MELO

**FAMILIA E DOENÇA MENTAL: A DIFÍCIL CONVIVÊNCIA COM  
A DIFERENÇA**

MOSSORÓ  
2010

LAURA POLLYANNA RODRIGUES DE MELO

**FAMILÍA E DOENÇA MENTAL: A DIFÍCIL CONVIVÊNCIA COM  
A DIFERENÇA**

Monografia apresentada à coordenação da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE, como requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria.

Orientador: Profº Ms. Johny Carlos de Queiroz

LAURA POLLYANNA RODRIGUES DE MELO

**FAMILIA E DOENÇA MENTAL: A DIFÍCIL CONVIVÊNCIA COM A  
DIFERENÇA**

Monografia apresentada pela aluna Laura Pollyanna Rodrigues de Melo, do Curso de Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria, tendo obtido o conceito de \_\_\_\_\_, conforme apreciação da Banca Examinadora composta pelos professores:

Aprovada em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Ms. Johny Carlos de Queiroz - FACENE  
(Orientador)

---

Profª MS. Francisca Patrícia Barreto Carvalho - FACENE  
(Examinadora)

---

Profª MS. Patrícia Josefa Fernandes Bezerra - FACENE  
(Examinadora)

À minha família, em especial ao meu Pai Mário (in memoriam), minha mãe Eneide e ao meu esposo Marcelo, porque seu amor e dedicação não conhecem fronteira, ultrapassam todos os limites convencionais na busca de um amanhecer melhor a cada dia, proporcionando momentos de felicidades e conquistas únicos, a quem **dedico** este trabalho.

## **AGRADECIMENTOS**

A DEUS, pelo fortalecimento diário na luta pela realização dos meus objetivos.

A minha família, em especial aos meus pais pela presença constante em minha vida, responsáveis direto pelo que hoje eu sou.

A meu esposo, pelo companheirismo, paciência e incentivo.

Ao orientador desta pesquisa, por ter compartilhado comigo o seu saber, pela atenção e contribuição nesta conquista profissional.

As famílias das crianças portadoras de deficiência mental desse estudo, pela sua relevante contribuição, sem elas não teria a riqueza e veracidade dos resultados desta pesquisa.

Se você deixa de ver a pessoa, vendo apenas a deficiência quem é o cego?  
Se você deixa de ouvir o grito do seu irmão para a justiça, quem é o surdo?  
Se você não pode comunicar-se com sua irmã e a separa, quem é o mudo?  
Se sua mente não permite que seu coração alcance seu vizinho, quem é o  
deficiente mental?

Se você não se levanta para defender os direitos de todos, quem é o  
aleijado?

A atitude para com as pessoas deficientes pode ser nossa maior deficiência...  
E a sua também.

(Autor desconhecido)

## **RELAÇÃO DE SIGLAS**

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

CF - Constituição Federal

OMS – Organização Mundial de Saúde

AAMR - American Association of Mental Retardation

## RELAÇÃO DE QUADROS

Quadro 1	Manifestações dos sentimentos das famílias ao saberem que a criança tinha deficiência mental	
Quadro 2	Associação de sentimentos	
Quadro 3	Fonte de busca de orientação das famílias ao descobrir que o filho era deficiente mental	
Quadro 4	Relação de questionamentos / respostas dos familiares, de acordo com a orientação desejada, agrupadas na categoria cuidados.	
Quadro 5	Relação de questionamentos / respostas dos familiares, de acordo com a orientação desejada, agrupadas na categoria tratamento.	



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>09</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>12</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
<b>3 PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>13</b>
3.1 TIPOLOGIA DO ESTUDO.....	13
3.2 CENÁRIO DA INVESTIGAÇÃO.....	13
3.3 SUJEITOS SOCIAIS DO ESTUDO.....	13
3.4 COLETA DE DADOS.....	14
3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	15
3.6 ANÁLISE DE DADOS.....	15
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	16
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>18</b>
4.1 A SAÚDE MENTAL.....	18
4.2 PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA MENTAL.....	19
<b>5 O TRANSTORNO MENTAL CONSIDERADO COMO FENÔMENO FAMILIAR.....</b>	<b>23</b>
5.1 O SENTIMENTO FAMILIAR DIANTE DO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA MENTAL.....	23
5.2 MECANISMOS DE ENFRENTAMENTO DA FAMÍLIA.....	28
<b>6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....</b>	<b>32</b>
6.1 MANIFESTAÇÕES DA FAMÍLIA PERANTE O FILHO COM DEFICIÊNCIA.....	36
6.2 FORMAS DE ENFRENTAMENTO DAS FAMÍLIAS DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA MENTAL.....	36
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>43</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>46</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>48</b>

## RESUMO

A doença mental refere-se a toda pessoa que tem o desenvolvimento das funções mentais comprometidos, carece de capacidade para se cuidar, guiar-se com prudência e competir com os chamados normais. A criança portadora de doença mental, geralmente apresenta algumas características que são peculiares ao seu desenvolvimento, dentre elas, a dificuldade de entender ordens complexas, pouca iniciativa, pouca criatividade, dificuldade de expressão, de controle de emoção, de aprendizagem lenta, de dificuldade de abstrair, generalizar e dificuldade de se adaptar às novas situações. Alguns pais ainda desconhecem a contribuição que podem dar para minimizar as seqüelas de um filho portador de transtornos mentais. Portanto, esta pesquisa teve como propósito levantar dados relativos à conduta que as famílias de crianças portadores de doença mental têm para agir frente aos filhos que sofrem da referida problemática. Trata-se de uma pesquisa de cunho exploratório, descritivo, e com abordagem qualitativa. A pesquisa de campo foi realizada em Potiretama- CE, envolvendo vinte famílias de doentes mentais por meio de entrevista semi estruturada no vigente ano. A análise foi apresentada por meio de categorias temáticas são baseada na análise de Bardin e refletida à luz do referencial teórico. Constatou-se que as famílias que têm filhos com doença mental passam por um processo de reorganização no intuito de atender as mesmas. As famílias necessitam ao mesmo tempo em que manifestam interesse de agregarem mais conhecimentos acerca do processo saúde adoecimento de seus entes com deficiência. Após o momento inicial, da descoberta do filho com deficiência mental e tendo iniciado o devido tratamento, surge o sentimento de tristeza, culpa pena e até mesmo de raiva da mãe, chegando a alguns casos a procurar por especialista da saúde mental, para aprenderem a lidar com o filho portador de doença mental.

**Palavras Chave:** Deficiente mental. Família. Criança.

## ABSTRACT

Mental illness refers to any person who has committed the development of mental functions, lacks capacity to take care, guided with prudence and compete with so-called normal. A child with a mental illness usually presents some characteristics that are peculiar to their development, among them the difficulty of understanding complex orders, little initiative, a little creativity, difficulty of expression, control of emotion, slow learning, the difficulty of abstract, generalize, and difficulty to adapt to new situations. Some parents are still unaware of what they can contribute to minimize the sequelae of a child with mental disorders. Therefore, this research aimed to gather data relating to the conduct that the families of children with mental illness have to act against the children who suffer from this problem. This is an exploratory research, descriptive and qualitative approach. Field research was conducted in Potiretama-EC, involving twenty families of mental patients by means of semi-structured in the current year. The analysis was presented through the themes are based on analysis of Bardin and reflected the light of the theoretical. It was found that families who have children with mental illness are going through a reorganization process in order to serve children with mental disorders. Families need while they are showing interest in the aggregate more knowledge about the health of their loved illness with disabilities. After the initial moment, the discovery of a mentally handicapped child and started taking the proper treatment, there is the feeling of sadness, guilt, shame and even anger of the mother, arriving in some cases the search for mental health specialist to learn thehandle the child with a mental illness.

**Keywords:** mentally handicapped, family, child

## 1 INTRODUÇÃO

Há mais de dez anos a desinstitucionalização e reabilitação do doente mental passaram a fazer parte do “discurso” psiquiátrico e a receber atenção pelas autoridades da área da saúde e de alguns profissionais nela envolvidos, em decorrência da chamada Reforma Psiquiátrica.

Apesar de todos os esforços desenvolvidos para a implementação da Reforma Psiquiátrica, as mudanças, com raras exceções, vêm sendo efetuadas de forma lenta com a reorganização e criação de diferentes modelos de atendimento na assistência psiquiátrica.

Esses modelos propostos, entretanto, não correspondem à demanda da população que deles necessita, dada as características biogeográficas, econômicas e culturais, entre outras, do nosso País.

A falta de pessoal qualificado aliado à falta de vontade política dos gestores nas esferas municipal, estadual e federal, expressa - se por meio da ausência de compromisso real com a criação da rede de atenção psicossocial, num desafio de inclusão dos mentalmente enfermos.

Diante das marcas de uma cultura globalizada inscrita no campo simbólico e na construção dos saberes sociais, identificamos a família enquanto um grupo que constitui um campo de relações entre pessoas que compartilham significados de suas experiências existenciais.

Estes grupos familiares, no decorrer dos tempos, passam por inúmeras transformações, sem se afastar, ao menos em tese, da responsabilidade e das exigências dos papéis socialmente atribuídos a ela de procriar e criar filhos saudáveis e preparados para assumir o mercado profissional e a vida em coletividade.

Até bem pouco tempo, a assistência ao doente mental apresentava-se centrada nos hospitais psiquiátricos, locais da prática e do saber médico, cujo modelo de atenção restringia-se à internação e medicalização dos sintomas apresentados pelo doente mental, excluindo-o do meio social e familiar, das interações com outras pessoas, de tudo o que se configura como elemento e produto de seu conhecimento.

No modelo de atenção atual, a política assistencial vigente preconiza a diminuição da oferta de leitos hospitalares e a criação de serviços substitutivos de

atenção à saúde mental deslocando, assim, o seguimento e evolução dos tratamentos para o interstício das dinâmicas familiares mobilizadas pela inclusão dos portadores de transtorno mental.

No âmbito da sociedade é relevante realçar a necessidade de se rever a visão sobre o portador de deficiência e o comportamento da família ao perceber que o filho é deficiente mental, seja pela pessoa individualmente, pela família, pelos serviços estruturados e ainda, pelos investimentos das políticas públicas.

Neste esboço, mediante conflitos observados durante o acompanhamento enquanto profissional do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) situado no município de Potiretama-CE, refletimos acerca das reações e mecanismos de enfrentamento da família diante de um filho com deficiência mental, considerando a maneira como esta busca preservar a organicidade e a lógica que caracterizam um sistema familiar equilibrado junto ao filho deficiente.

Normalmente, as famílias ao se descobrirem com um filho deficiente apresentam dificuldades em se habituar à situação chegando a desenvolver posturas e atitudes impróprias e que pouco coopera para o desenvolvimento do filho e estabilização na dinâmica familiar.

Assim ao se fazer esta pesquisa está sendo examinado: o que sente uma mãe ao descobrir que seu filho é um portador de deficiência mental? Qual a primeira reação da família frente a esta descoberta? Que mecanismos usam para superar esta “diferença”?

Parte-se da idéia de que cada pessoa tem uma visão particular de mundo e esta determina suas ações e atitudes, expressando influência na concepção e no trato com a pessoa com deficiência.

Neste sentido, a atuação da família é motivada pelo pensar a vida, o deficiente, pela leitura que faz da sociedade, da educação, do ensino, do seu papel no trabalho, do compromisso com o outro etc.

Em minha prática profissional enquanto Assistente Social do CRAS em Potiretama - CE foi possível observar que inúmeras famílias não entendem que as necessidades essenciais de aprendizagem das pessoas portadoras de deficiência mental necessitam de uma atenção especial.

É significativo adotar medidas que garantam a equidade de acesso à educação, a saúde, ao lazer e serviços sociais dentre outros aos portadores de todo e qualquer tipo de deficiência, como parte integrante do sistema justo e igualitário garantidos pela Constituição Federal (CF) de 1988.

As crianças portadoras de alguma deficiência não podem ser segregadas em instituições especializadas, pois impede que elas tenham a chance de conviver e participar da sociedade em geral.

Muitas vezes, as crianças são rotuladas de “doido” partindo da própria família, do qual dificilmente conseguirão se livrar. Entretanto, mesmo que a tendência do sistema familiar seja de excluir aqueles que não estão adequados às expectativas da sociedade, a equipe multiprofissional pode atuar junto às famílias de crianças deficientes na perspectiva de desfazer esse processo de exclusão.

Neste sentido, a pesquisa encontra-se dividida em quatro capítulos. No primeiro apresentamos o caminho metodológico utilizado para a realização deste estudo tendo como finalidade apresentar as técnicas de pesquisas para o desenvolvimento do presente trabalho.

No segundo procuramos discutir o transtorno mental considerado como fenômeno familiar, sendo expostas definições e conceitos acerca da deficiência mental em crianças.

No terceiro é apresentado o marco teórico - conceitual acerca da problemática da deficiência mental.

E no quarto momento do trabalho é realizada a análise dos dados referentes à situação encontrada, onde serão avaliados e discutidos pontos como a concepção da família sobre a doença mental e as formas de enfrentamento destas diante de situações vivenciadas por estes familiares na convivência com crianças e adolescentes com algum tipo de doença mental

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar as atitudes e condutas de famílias diante de crianças portadores de doença mental no contexto familiar.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Conhecer a percepção do familiar sobre a doença mental;

Compreender os sentimentos e emoções despertados nas famílias de crianças portadores de deficiência mental.

Analisar as formas de enfrentamento dos familiares de crianças com algum tipo de doença mental em casa e na sociedade.

### **3 PERCURSO METODOLÓGICO**

#### **3.1 TIPOLOGIA DO ESTUDO**

Trata-se de um estudo com caráter exploratório, descritivo e com abordagem qualitativa de forma a se colher informações no que diz respeito à percepção dos familiares de crianças com deficiência mental.

A pesquisa exploratória, de acordo com GIL (1996), visa uma maior aproximação com o problema para torná-lo mais explícito, mais claro ou desenvolver hipóteses, sendo que, principalmente, visa aperfeiçoar idéias ou descobrir intuições.

Já o estudo descritivo, para o mesmo autor, tem por finalidade descrever as características de determinada população ou fenômenos ou estabelecer relações entre variáveis.

Segundo Minayo (2002, p.21) a pesquisa qualitativa “trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

#### **3.2. CENÁRIO DA INVESTIGAÇÃO**

O estudo foi desenvolvido no CRAS situado no município de Potiretama no interior do Estado do Ceará. A escolha por este cenário se deu em virtude da nossa atuação profissional junto às famílias com crianças portadoras de deficiência mental.

#### **3.3. SUJEITOS SOCIAIS DO ESTUDO**

O estudo foi realizado com vinte famílias que tem crianças portadoras de deficiência mental em atendimento no CRAS de Potiretama - CE, que buscam apoio, orientação diante das dificuldades percebidas no relacionamento familiar



junto a estas crianças, que após avaliadas são encaminhadas para os serviços desenvolvidos pelo Centro..

Os Atendimentos as crianças, bem como de seus familiares, ocorrem semanalmente, onde todos passam por um processo de acolhimento, cadastramento, avaliação social e psicológica que pode ou não confirmar o diagnóstico, e a partir dessa primeira avaliação serão orientados e referenciados aos serviços oferecidos pelo CRAS.

Os sujeitos serão identificados por nomes de flores para preservar a integridade e o anonimato, por entendermos que a delicadeza e o encantamento das crianças deficientes se associam as das flores presentes na natureza.

### 3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no próprio domicílio das famílias, selecionadas para a aplicação da entrevista, durante as atividades de visita domiciliar realizada pelos profissionais do CRAS.

A entrevista consiste em uma conversa para um objetivo definido, além da satisfação que a própria conversa pode produzir. A técnica da entrevista nos permite uma relação de interação entre o entrevistador e o entrevistado, permitindo que a coleta seja imediata e corrente da informação desejada. Leopardi (2002),

As entrevistas foram gravadas em aparelho de Mp3 que serão transcritas na íntegra a fim de procedermos à análise desses dados e ficarão arquivadas em computador de uso pessoal do pesquisador por um período máximo de cinco anos.

Salientamos que a coleta só foi realizada após a liberação do Comitê de Ética e Pesquisa da FACENE/FANEME, no período de Março á Maio de 2010.

### 3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Com instrumentos de coleta de dados utilizamos a entrevista semi-estruturada com perguntas abertas além do prontuário de acompanhamento sócio familiar.

De acordo com Leopardi (2002), a entrevista é uma técnica em que o investigador está presente junto ao informante formulando questões relativas ao seu problema, e que nas perguntas abertas o pesquisador deixa o informante expressar-se livremente, tendo opções de respostas que se aproximem ao máximo de sua impressão.

A técnica de entrevista prende-se a particularidade desta de permitir ao pesquisador apreender, além da linguagem oral, a linguagem simbólica, bem como maior flexibilidade na apreensão da realidade, uma vez que novos questionamentos podem ser suscitados, a depender das respostas obtidas. Leopardi (2002).

O prontuário de acompanhamento sócio família do CRAS, instrumento de trabalho de grande relevância aplicado com a família durante o primeiro atendimento, no qual contém questionamentos relativos a toda situação sócio, econômica, cultural, permitiu por meio da análise a identificação de dúvidas e expectativas destes, além de conhecermos a realidade em que estes usuários vivem mais fielmente.

Foram realizadas busca ativas, e visitas domiciliares, onde foi possível obter todos os dados específicos, pessoais, gerais e familiares, bem como foi efetivado uma anamnese, aplicado uma entrevista e efetivada uma avaliação social da criança portadora de deficiência mental.

### 3.6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados é uma tentativa de síntese que seja expressiva em relação ao que se pode identificar com a realidade das participantes do estudo.

A necessidade de realizar a análise de dados tem sido desde os clássicos, uma das metodologias básicas para se efetivar o processo de objetivação da realidade social.

A análise dos dados obtidos adota a proposta metodológica de Minayo (2002) onde a técnica de observação participante é realizada pelo contato direto do pesquisador com o fenômeno ou com sujeito de pesquisa.

A partir das informações contidas nos depoimentos dos atores sociais do estudo, foi possível obter temáticas e questionamentos com um núcleo de pensamento semelhante, sendo avaliados e discutidos pontos como a concepção da família sobre a doença mental e as formas de enfrentamento destas diante de situações vivenciadas por estes familiares na convivência com crianças e adolescentes com algum tipo de doença mental.

Para melhor apresentar os processos metodológicos realizados durante a análise dos dados, organizamos pólos de abordagem nos quais evidenciamos objetivamente as etapas e procedimentos cumpridos na referida pesquisa, além das exigências da *análise de conteúdo* segundo Bardin (2002).

Assim, temos:

Manifestação da família perante a um filho com deficiência mental

Formas de enfrentamento das famílias perante aos filhos com deficiência mental

Fonte de busca e de orientação das famílias ao perceber que o filho apresentava deficiência mental.

Relação de questionamentos/ respostas dos familiares, de acordo com a orientação desejada, agrupadas na categoria Cuidados.

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi norteada pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que trata sobre pesquisa envolvendo seres humanos, garantindo a

beneficência e a não maleficência, o respeito pela autonomia, a justiça e equidade.

Os sujeitos foram orientados quanto a sigilo, anonimato, uso que se faria dos dados, participação voluntária com direito de interrompê-la se julgasse necessário.

Foi assumido também o compromisso de retorno dos dados para a população e a instituição. Os elementos que dão visibilidade a este compromisso ético se revelam no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Esta pesquisa foi aprovada com base na resolução CNS 196/96 que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, pelo CEP da FACENE/FANEME, protocolo N° 166/2009 e CAAE: 0057.0.351.000-09.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

### 4.1 A SAÚDE MENTAL

A Saúde mental é uma área complexa que segundo Paulo Amarante (1995), em sua obra saúde mental e atenção psicossocial, envolvem uma rede de saberes que se relacionam entre se, envolvendo a psiquiatria, neurologia, neurociência, filosofia, psicologia, antropologia, história, geografia, etc.

O conceito de deficiência mental tem evoluído ao longo da História consoante as modificações e alterações que iam surgindo no plano científico.

O processo de transformação das práticas no âmbito da saúde mental no mundo é marcado por inúmeras lutas e discussões, implicando assim mudanças em diversos âmbitos: do teórico ao cultural, passando pelo campo de construção de políticas e modelos de atenção.

A obra de Paulo Amarante 1995 possibilitou entendermos a saúde mental em um contexto marcado pela emergência de novos paradigmas e de um novo modelo de cuidados no campo da saúde mental, de uma forma mais concreta, avaliando de modo coerente as transformações ocorridas nessa área, sem deixar de lado pontos de alta relevância de uma história que vem a longa data conquistando maiores espaços no campo da saúde mental Brasileira.

Partindo de um quadro conceitual genérico, a definição da deficiência mental mais difundida e aceita atualmente segundo Amaral (1995, p 76) data de 1992, elaborada pela American Association of Mental Retardation (AAMR).

Funcionamento intelectual significativamente abaixo da média,coexistindo com limitações relativas a duas ou mais das seguintes áreas de sociais, participação familiar e comunitária, autonomia, saúde e segurança, funcionalidade acadêmica, de lazer e de trabalho.

Para Amaral (1995) a Organização Mundial de Saúde (OMS) define Saúde Mental como um conceito que congrega, entre outros aspectos, o bem estar subjetivo, a percepção da própria eficácia, a autonomia, a competência, a

dependência intergeracional e a auto-realização das capacidades intelectuais e emocionais.

O termo deficiente mental, com menor frequência, também é usado para assinalar imaturidade emocional. São pessoas que não dispõem de condições para acompanhar os programas escolares usuais e não possuem aptidões que lhes permitam assimilar os convencionais padrões de comportamento social e moral.

Toda essa responsabilidade de guiar o comportamento dessas pessoas cabe às instituições sociais, que começaram a surgir no mundo graças aos esforços de muitos pesquisadores.

#### 4.2 PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA MENTAL

A etiologia da Deficiência Mental é muito diversificada, Além disso, será necessário distinguir a etiologia da deficiência mental da etiologia do atraso mental apesar de se reconhecer que alguns fatores que estão na base da presença de determinados déficits cognitivos podem desempenhar um determinado papel no desenvolvimento de alguns déficits emocionais. Por exemplo... "os fatores sociais podem repercutir-se em ambos os diagnósticos" (VERDUGO; BERMEJO, 2001, p. 144).

Iniciaram-se no século XIX, os primeiros estudos científicos da deficiência, mais especificamente relacionados à deficiência mental. Essas teorias foram construídas inteiramente dentro do saber médico, ao sabor dos fatores socioculturais e históricos que reagiam à evolução desse saber na época.

O progresso da medicina e o desenvolvimento da filosofia humanista contribuíram para uma nova visão de homem, que reconheceu a conveniência de vida do deficiente.

É relevante elucidar que as terminologias utilizadas para definir essa clientela sempre estiveram, em épocas distintas, atreladas a conceitos sociais. Na Antiguidade, as pessoas com deficiência eram consideradas como degeneração da raça humana.

Na Idade Média, eram tidas como bobos da Corte, crianças de Deus ou portadoras de possessas diabólicas. Segundo Fonseca (1996), na Idade Moderna, foi utilizada as designações idiota, imbecil, cretino, demente e anormal para os portadores de deficiência mental.

Na Sociedade Contemporânea, foi dado um novo enfoque em relação a esses indivíduos, os quais foram aclarados por excepcionais, pessoas portadoras de deficiência e, por um bom tempo, pessoas com necessidades especiais, retornando novamente ao termo pessoas portadoras de deficiência.

Apesar de diversas pesquisas e estudos já fossem desenvolvidos sobre a deficiência mental, nessa era da história, os portadores de deficiência ainda encontravam-se enclausurados em instituições, uns verdadeiros depósitos de segregados, sem receber tratamentos especializados e corretos.

A palavra deficiente, em sua etimologia, é antônima de eficiente, e isso não leva em conta, por exemplo, que as pessoas deficientes sejam mais eficientes em algumas atividades e menos em outras (RIBAS 1983). Muitas vezes, o indivíduo com deficiência é considerado vítima de uma desgraça, digno de compaixão e de proteção.

A deficiência intelectual ou mental é conhecida por problemas com origem no cérebro e que causam baixa produção de conhecimento, dificuldade de aprendizagem e um baixo nível intelectual.

Entre as causas mais comuns deste transtorno estão os fatores de ordem genética, as complicações ocorridas ao longo da gestação ou durante o parto e as pós-natais.

O grande enigma que se coloca diante dos pesquisadores é como detectar ainda na vida dentro do útero estas características.

Percebe-se, pois, a necessidade de se rever o conceito de deficiência enquanto ausência de capacidade e de re-significar nossas concepções acerca da temática. No entanto, não se pode esquecer o que a própria deficiência causa ao indivíduo, pois ele ainda é rodeado de toda espécie de atributos depreciativos, colocado em uma situação de incapacidade.

Muitas vezes esses atributos são rapidamente incorporados, acarretando-lhe uma série de posições de inferioridade, decorrentes de vários fatores como: identificação dupla com o próprio grupo de deficientes do qual faz parte e com o

restante da população não deficiente; negação da própria deficiência; idolatria dos padrões normais e busca de compensações para atingir um desempenho considerado normal; e a atenção que geralmente é centralizada mais no desempenho deficiente do que na pessoa que desempenha.

Hoje em dia essa definição está sendo agregada às instituições que cuidam de pessoas portadoras de necessidades especiais, no sentido de conscientizar a sociedade, para integrar o deficiente mental (leve) no meio social, modificar barreiras facilitando a integração destes na sociedade a partir da determinação da Constituição do Brasil (CF) de 1988.

No artigo 208 da CF encontra-se a expressão:

Pessoas portadoras de deficiência, incluindo, neste universo, pessoas com deficiência mental, visual, auditiva, física, motora, deficiências múltiplas, autismo, distúrbios severos de comportamento, distúrbios de aprendizagem e superdotação.

É de grande importância explicar que as nomenclaturas empregadas para definir essa clientela sempre estiveram, em épocas distintas, acopladas a conceitos sociais

Na Antiguidade, as pessoas com deficiência eram consideradas como degeneração da raça humana. Na Idade Média, eram tidas como bobos da Corte, crianças de Deus ou portadoras de possessas diabólicas.

Segundo Fonseca (1996), na Idade Moderna, foram utilizadas as seguintes denominações: idiota, imbecil, cretino, demente e anormal para os portadores de deficiência mental.

Na Sociedade Contemporânea, foi dado um novo enfoque em relação a esses indivíduos, os quais foram aclarados por excepcionais, pessoas portadoras de deficiência e, por um bom tempo, pessoas com necessidades especiais, retornando novamente ao termo pessoas portadoras de deficiência.

Embora a linguagem seja produto da cultura, ela não existe em si e para si, desvinculada do viver humano concreto. Ela existe como reflexo de uma prática dos homens. Portanto, mais obsoletos e preconceituosos do que os termos deficiência e deficientes aqui empregados são as *práticas sociais* que ao longo do



tempo determinam o emprego de tal terminologia e o tratamento destinado a tais indivíduos.

Assegurar direitos iguais, não significa obrigatoriamente garantir tratamento idêntico a todos, mas sim oferecer a cada indivíduo meios para que ele desenvolva, tanto quanto possível, o máximo de suas potencialidades, reconhecendo que a deficiência é parte comum da variada condição humana, e sua aceitação conduz ao respeito, à dignidade e à busca da convivência harmoniosa entre todas as pessoas na sociedade, independente de terminologias ou significações de ordem social.

## **5 O TRANSTORNO MENTAL CONSIDERADO COMO FENÔMENO FAMILIAR**

### **5.1 O SENTIMENTO FAMILIAR DIANTE DO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA MENTAL**

Trabalhar o tema família e doença mental decorre de nosso interesse de compreender como é a vida cotidiana do familiar de portadores de transtorno mental grave, sua convivência com a doença e ou doente mental e identificar as representações por eles construídas a respeito do fenômeno saúde-doença mentais, face às transformações paradigmáticas que estão a orientar este campo da saúde mental.

A família desempenha um papel preponderante no processo de inserção e adaptação da criança deficiente mental no contexto sociocultural. A literatura tem mostrado similaridades e diferenças não só quanto aos modos como as famílias se relacionam com sua criança com deficiência mental, mas também quando comparadas com famílias de crianças com desenvolvimento típico.

Os estudos envolvendo a família, nos últimos anos, têm recebido grande atenção e investimento por parte não apenas dos profissionais das ciências humanas e sociais, mas também da saúde.

Ao longo dos últimos anos tem sido verificado que a família tem papel fundamental no desenvolvimento do indivíduo e também na manutenção da saúde de seus membros, não somente em decorrência do cuidado constante que ela despense no dia-a-dia, mas ainda, principalmente, em casos de doença, ocasião em que seu envolvimento revela a possibilidade de maior sucesso no tratamento e na recuperação, quando é incentivado e valorizado seu potencial cuidador, seja apoiando, orientando ou ajudando a cuidar do paciente.

Durante muito tempo, o estudo da família ficou restrito a algumas áreas do saber, principalmente da psicologia. Em função disso, muitos profissionais que iniciam ou buscam direcionar seu trabalho no processo de cuidado à saúde da família têm muitas dúvidas, de forma que a necessidade de instrumentalização se mostra como uma prerrogativa.

Além de toda instrumentação teórico-prática, o profissional precisa de uma aproximação efetiva com a família, para poder conhecer sua realidade e suas necessidades, a fim de promover uma melhor adequação do cuidado a ser oferecido.

Quando o problema é precoce, a comunicação com os membros da família fica muito prejudicada. Nestes casos a família deverá ser orientada por especialistas quanto à convivência e o cuidado com o filho.

Na busca de instrumentalização para cuidar de famílias, ressaltam-se vários aspectos importantes, como, por exemplo, o fato de suas necessidades divergirem de acordo com o momento e com o ciclo de vida que vivenciam; de que a presença de pessoas doentes ou com algum problema que foge dos padrões de normalidade também gera dúvidas e as necessidades são diferentes daquelas famílias cujas vidas seguem um curso sem doenças ou intempéries.

Por isso, é essencial que o profissional conheça a realidade e as necessidades de cada família para que, de fato, a assistência caminhe em direção aos anseios das demandas de cuidado.

É importante perceber a família, em sua dinâmica, como uma configuração na qual um conjunto de forças se completa e se sintoniza em constante dialética, e que essas forças serão ainda maiores se estivermos lidando com a dinâmica de uma família que possui uma criança deficiente.

Gomes (1994), ao descrever a família, coloca-a como agente primário de socialização. Destaca que cada família possui valores, crenças e costumes que muitas vezes são transmitidos de geração para geração, e isso deve ser considerado pelo profissional que vai atuar com ela, porque a determinação e o (re) conhecimento da doença podem estar pautados nesses valores.

Ainda Powell (1992) considera a família como um grupo primário de nossa sociedade, dentro do qual o ser humano se desenvolve.

É na interação familiar que, desde muito cedo, vai configurando-se a personalidade do indivíduo e é nessa interação que se determinam as características sociais, éticas e morais da comunidade adulta. Para o autor, é possível compreender muitos dos fenômenos sociais ao analisarmos as características das famílias.

O comportamento da criança deficiente é talhado pelas ações e atitudes de outros e os ajustamentos da família de uma criança deficiente tanto podem limitar e distorcer como encorajar e facilitar a potencialidade de seu desenvolvimento.

Após o nascimento da criança deficiente, praticamente inexistente um aconselhamento psicológico aos confusos pais e grande parte do que farão com as crianças basear-se-á em ensaio e erro. Nos períodos cruciais do nascimento, quando os pais mais precisam de ajuda, esta não existe ou é muito pequena.

É vital que os pais sejam conscientizados da importância dos primeiros meses de vida e dos problemas e ansiedades que podem ser criados. Devem ser informados de sua responsabilidade e dos efeitos profundos e duradouros de suas ações ou omissões sobre o crescimento e desenvolvimento de seus filhos, pois é nesta idade que os pais deverão iniciar a estimulação e buscar o apoio e serviços de profissionais de habilitação e reabilitação.

Vivemos dentro de uma família, que faz parte de uma enorme teia de relações, incluindo pessoas, instituições, ideologias, sistemas físicos e biológicos. O cuidado familiar com o deficiente se dará de acordo com a época em que a deficiência se instalou.

Quando o problema é precoce, a comunicação com os membros da família fica muito prejudicada. Nestes casos a família deverá ser orientada por especialistas quanto à convivência e o cuidado com o filho.

A família em si mesma constitui uma unidade social significativa. Ela é parte de uma unidade social maior, a comunidade imediata e a sociedade. É na família que se aprende a ser único, a desenvolver a individualidade e a tornar-se uma pessoa criativa, em busca da auto-realização.

As famílias possuem uma estrutura razoavelmente estável, papéis bem definidos, suas próprias regras estabelecidas em comum acordo e os seus próprios valores. Porém, uma ocorrência brusca exigirá dos membros uma redefinição de seus papéis e o aprendizado de novos valores e padrões de comportamento, a fim de se ajustarem ao novo estilo de vida. Em outras palavras, a cada impacto a família deve ser reestruturada.

A família é o primeiro campo de treinamento significativo da criança. É neste campo de treinamento que a criança descobre a existência de outras pessoas (pai, mãe, irmão, irmã, avós e outros), cada qual com um papel previamente definido, que por suas experiências únicas e uma personalidade essencial torna-se uma pessoa diferente das demais, com forças e fraquezas, temores e amores, fixações e necessidades, desejos e sonhos.

A criança aprende sobre o mundo e a vida através de cada pessoa na família. Assim, se os integrantes da família, como um grupo, reagirem a elas de modo positivo, é provável que as crianças se vejam sob uma luz positiva.

O nascimento de uma criança deficiente, seja qual for o tipo de deficiência, traz à tona uma série de complicações advindas de sentimentos de culpa, rejeição, negação ou desespero, modificando as relações sociais da família e sua própria estrutura.

As reações a esta criança podem trazer à tona vários tipos de comportamento como:

Encarar o problema de um modo realista;

Negação da realidade da deficiência;

Lamentações e compaixão dos pais para com a sua própria sorte;

Ambivalência em relação à criança, ou seja, rejeição e projeção da dificuldade como causa da deficiência;

Sentimentos de culpa, vergonha e depressão e padrões de mútua dependência

O impacto para os pais quando o filho apresenta algum problema de saúde que necessite cuidados constantes, do nascimento ao longo de toda sua vida, desafia também a Saúde Pública no sentido de promoção da integralidade, uma vez que estas crianças demandam atenção intersetorial e estes cuidadores também necessitam de atenção para que possam sustentar seu papel protetivo .

Para as famílias e, especialmente para as mães, as conseqüências de ter um filho nestas condições são ainda maiores, uma vez que culturalmente a elas compete o cuidado da prole. Este impacto também se relaciona a frustrações de expectativas sobre o bebê que está para nascer.

Desde a gestação são definidos parâmetros de “normalidade”, e este nascimento anunciado é *endoculturado*, sendo o futuro da criança projetado segundo referentes do que se entende como próprio ao papel das novas gerações.

Quando esta criança necessita de cuidados especiais, os pais geralmente se sentem frustrados e despreparados para cuidar dela.

Para Koga (1998) o nascimento de um bebê fora dos padrões de normalidade, então definidos científica e culturalmente, é considerado assustador para os envolvidos, sendo sobrepostas às fases de reação sócio-psíquica, tais como o luto, a adaptação e o aprendizado de novas formas de cuidar.

Os autores apontam que a resolução da discrepância entre a imagem idealizada do filho e a imagem real, tarefa imposta à constituição de parentalidade, fica mais difícil na situação da deficiência.

Entretanto, nenhuma dessas reações é peculiar aos pais em geral, ou aos pais de crianças deficientes; são reações comuns de pessoas normais à frustração e conflito.

Os pais, no decorrer de suas vidas, também manifestarão ou sentirão essas mesmas reações com seus filhos não deficientes, como parte do processo da vida, sendo, portanto, fundamental que os pais de crianças deficientes tomem ciência destes fatos, pois muitos de seus conflitos e sentimentos são compartilhados por outros pais em alguma fase da vida.

Muitos pais de crianças deficientes mentais não só experimentam sentimentos de culpa e vergonha, mas sentem-se culpados e envergonhados por experimentá-los; ou seja, além de se sentirem culpados, eles se sentem culpados por se sentirem culpados.

Além das pressões internas com as quais a família terá que lidar com o nascimento de uma criança deficiente, esta também terá de enfrentar as pressões exercidas pelas forças sociais externas, uma vez que a sociedade tem dificuldade em conviver com as diferenças, sendo este talvez um dos principais conflitos vividos pelas famílias.

A maneira como esta criança deficiente mental será aceita na família e o resultante clima emocional posterior dependerá, em grande parte, da atitude da

mãe. Se ela for capaz de lidar com o fato com aceitação e segurança razoáveis, de uma forma bem ajustada, a família será capaz do mesmo.

À medida que as relações intrafamiliares vão se estabelecendo, as relações interfamiliares tornam-se mais acessíveis, facilitando a aceitação social desta criança.

O comportamento da criança deficiente é talhado pelas ações e atitudes de outros e os ajustamentos da família de uma criança deficiente tanto podem limitar e distorcer como encorajar e facilitar a potencialidade de seu desenvolvimento.

Após o nascimento da criança deficiente, praticamente inexistente um aconselhamento psicológico aos confusos pais e grande parte do que farão com as crianças basear-se-á em ensaio e erro. Nos períodos cruciais do nascimento, quando os pais mais precisam de ajuda, esta não existe ou é muito pequena.

É vital que os pais sejam conscientizados da importância dos primeiros meses de vida e dos problemas e ansiedades que podem ser criados. Devem ser informados de sua responsabilidade e dos efeitos profundos e duradouros de suas ações ou omissões sobre o crescimento e desenvolvimento de seus filhos, pois é nesta idade que os pais deverão iniciar a estimulação e buscar o apoio e serviços de profissionais de habilitação e reabilitação.

## 5. 2 MECANISMOS DE ENFRENTAMENTO DA FAMÍLIA

Vivemos em uma cultura que aprecia mais os assuntos econômicos que as questões sociais. Essa verdade, tão conhecida por todos nós, vem esclarecer a desvalorização que, em nossa sociedade, se dá aos portadores de deficiência mental, que não fazem parte da população economicamente ativa, que são considerados “um peso” para o sistema.

A ausência da reflexão faz com que se passe a reproduzir, sem perceber, tais valores, sem ao menos questionar a respeito. Com o desenvolvimento da psicologia, da psiquiatria, da pediatria, da sociologia, da antropologia cultural, serviço social, economia doméstica e da educação, os fatores ambientais tomaram maior importância etiológica dos distúrbios emocionais e mentais do indivíduo.

Neste contexto é necessário falar dos mecanismos de enfrentamento, das atitudes familiares, pois, elas representam todo o ambiente em que se desenvolve uma criança com deficiência mental.

No dia a dia é possível observar que comumente surgem casos de rejeição ou de superproteção afetiva ou intelectual em famílias que têm criança deficiente. Psicologicamente, a mãe sente pena do filho, inclusive pela rejeição dos amigos, dos vizinhos e passa a superproteger o “coitado”. A atitude aparente nestes casos pode ser até mais pacífica e menos dominadora.

Em muitos casos, os avós, os irmãos, mãe, o pai e demais familiares e amigos, passam, com muita frequência, a rejeitar crianças que tem algum tipo de deficiência, acreditando que eles não são aptos para aprender nada ou quase nada. Mães de filho deficiente, freqüentemente, têm atitudes de ansiedade.

Estas atitudes podem estar acompanhadas de superproteção. Existem também atitudes de abandono, de desprezo, chamada também de negligência, sendo estas em alguns casos acompanhado de maus tratos.

Essa realidade reflete com mais constância sobre as mães com atividades fora de casa, quer sociais, quer profissionais, que não lhe dão tempo para preocupar-se e cuidar do filho. Este é entregue a uma secretária do lar, a uma boa escola, ou, quando não há condições econômicas, é largado na rua mercê de situação de vulnerabilidade sócio econômica

Muitas crianças deficientes mentais que não tem a chance de serem criadas como crianças tidas como normais, que não tem em seu processo de formação um acompanhamento adequado tornam-se geralmente, crianças mais agressivas, instáveis, com o hábito de destruição, de revolta.

Normalmente na primeira fase de vida de crianças que são acometidas de algum tipo de deficiência mental acontece de estas serem tida pelos pais como instrumento da compulsividade, e quando algum fato de mal acontece e não corresponde aos planos, à mãe encontra várias desculpas para o fracasso: hereditária, física e outros fatores, levando-a a contestar com rigidez, visando destruir a afirmação da presença do deficiente.



O modo hostil da família abrolha com freqüência, mais tarde do que as outras atitudes patológicas. Quando se inicia precocemente é porque a figura familiar se sente maltratada e perseguida.

Esta atitude pode ser concomitante à rejeição. Com mais freqüência é uma atitude de hostilidade frente à manifestação de dependência da criança. É saliente destacar aqui que as atitudes que os pais assumem em relação à criança deficiente são fundamentais na sua formação.

O que se pode fazer para que a família reflita, repense e se envolva com o processo vivencial com o filho deficiente? Podem-se induzir as famílias a utilizarem uma parte do seu tempo ouvindo palestras de profissionais especializados, para discutirem questões relacionadas ao seu desenvolvimento, para dialogar a respeito das peculiaridades e necessidades das crianças.

É essencial abrir espaço para sensibilizar e envolver os pais de crianças com deficiência mental, para compreenderem, aceitarem e contribuírem para que a mudança social aconteça e se concretize com vantagens para todos.

Por mais simples que sejam os membros da família podem e querem fazer seu papel de educadores no sistema informal de ensino. E, para isso, eles necessitam de informações, de orientações, de se sentirem parte do processo, permitindo que a criança portadora de deficiência mental tenha vida social ativa, sem que sofra com discriminação, descuidados e falta de atenção e carinho.

Mães e pais precisam de ajuda especializada para expor medos, angústias e sentimentos de culpa. A criança que nasce com alguma doença séria ou deficiência força a família a passar por um período de luto.

Por luto entende-se não somente a reação vivenciada diante da perda de um ser amado, mas também as manifestações ocorridas por outras perdas significativas. O luto pelo nascimento da criança que não corresponde às expectativas criadas durante a gravidez passa por várias fases.

Primeiro, a família recebe a notícia e precisa lidar com as novas informações. Com o diagnóstico feito pelos médicos, você saberá o que seu filho tem. Mas evite fazer e aceitar prognósticos - previsões acerca da evolução do problema. Existem casos singulares. É natural sentir raiva e desespero. Depois de se permitir passar por isso, você será capaz de organizar melhor suas emoções.

A família deve aprender a perceber as qualidades da criança ao olhar para ela. O período de luto varia de acordo com cada pessoa, além de sua estrutura psíquica, social e intelectual e experiência de vida também influenciarem.

Pode ter uma pequena duração ou se estender por um período maior. Os pais precisam relaxar aguardar o tempo necessário para a assimilação e então conviver bem com esta condição. As informações precisam ser absorvidas intelectual e emocionalmente.

É comum o sentimento de luta e fuga frente a uma situação desconhecida ou assustadora; não se trata necessariamente de negação da criança.

É importante ter em mente que os sentimentos de tristeza e o desamparo dos pais, principalmente da mãe, não podem prejudicar a assistência ao bebê. Nesses momentos a ajuda de familiares e amigos muito importante. É preciso evitar críticas ao comportamento da família e respeitar as dificuldades, que todos ainda estão se adaptando às novidades.

## **6 ANÁLISES E DISCUSSÃO DOS DADOS**

A análise dos dados se baseou na análise de conteúdo proposto por Bardin (2002, p. 38) que segundo a autora significa “[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”.

A análise de conteúdo trabalha tradicionalmente com materiais textuais escritos (...). Os que são construídos no processo de pesquisa, tais como transcrições de entrevista e protocolos de observação, e textos que já foram produzidos com outra finalidade, escritos em jornais ou em memorandos de corporações (Bardin , 2002).

Na concepção de Puglisi e Franco (2005, p. 13) “o ponto de partida é a mensagem, mas devem ser consideradas as condições contextuais de seus produtores e assenta-se na concepção crítica e dinâmica da linguagem”.

Deve ser considerado, não apenas a semântica da língua, mas também a interpretação do sentido que um indivíduo atribui às mensagens. A análise do conteúdo, em suas primeiras utilizações, assemelha-se muito ao processo de categorização e tabulação de respostas a questões abertas, criada inicialmente como uma técnica de pesquisa com vistas a uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa.

### **6.1 MANIFESTAÇÕES DA FAMÍLIA PERANTE O FILHO COM DEFICIÊNCIA**

Nesta categoria descrevemos diferentes pontos de vista sobre ‘a família’ ou ‘as famílias’ consideradas de extrema importância para o entendimento de que diversos modelos de família convivem em nossa sociedade, em detrimento do imaginário, ainda muito presente como um único modelo de família: o nuclear.

As interpretações que levam as inferências serão sempre no sentido de buscar o que se esconde sob a aparente realidade, o que significa verdadeiramente o discurso enunciado, o que querem dizer, em profundidade, certas afirmações, aparentemente superficiais.

Os sentimentos desvelados pela família ao tomar conhecimento de que a criança é portador de deficiência mental, relatados pelos sujeitos, apresentam-se ilustrados no Quadro 1.

**QUADRO 1 - MANIFESTAÇÕES DOS SENTIMENTOS DAS FAMILIAS AO SABEREM QUE A CRIANÇA É PORTADOR DEFICIÊNCIA MENTAL**

Impotência	09
Tristeza	07
Depressão	01
Pena	03
Raiva	01

Fonte: primária

Os familiares inicialmente verbalizam o impacto que a doença mental representou em suas vidas, especialmente pelos momentos de crise, bem como seus reflexos no grupo familiar.

Mediante uma atitude cognitiva e afetiva procuravam explicar e classificar, segundo um conhecimento já acumulado, o que estava se passando com seu irmão ou filho portador de transtorno mental.

Muitos familiares, em maior proporção, as mães, manifestaram mais de um sentimento. Os sentimentos verbalizados podem ser fatores desencadeantes de afecção a saúde mental destes, os quais revestidos de valores socialmente construídos vêem nos filhos a “negação”, a tristeza, o descontentamento, e ao mesmo tempo a impotência de reversão.

Destaca-se um sentimento depressivo da família diante das crianças com deficiência mental. Esta, mais que um anseio constitui-se em um complexo de reações visíveis pela pessoa que a desenvolve.

De acordo com Taylor (1992), a depressão classificada como distúrbio de humor, apresenta grande incidência e consiste em um dos males existentes nas sociedades contemporâneas.

Dados levantados na pesquisa revelam que os familiares das crianças com deficiência mental que entra em depressão tornam-se cada vez mais “incapazes” de enfrentar seus problemas no cotidiano.

Podemos perceber estes sentimentos, através de relatos proferidos pelos familiares

“Senti uma grande tristeza. No começo foi muito difícil aceitar e acreditar que meu filho não é normal... (VIOLETA).

“Sinto uma dor muito grande no meu peito, porque minha filha é linda, e é deste jeito, diferente. Fico triste e não gosto quando perguntam se ela é ‘doente’. Já tive até depressão por causa disto.” (MARGARIDA).

Esses sentimentos revelam que a partir do momento que a mãe percebe que a criança portadora de deficiência mental, apresentando um desenvolvimento intelectual prejudicado, que a impede em alguns momentos de realizar determinadas atividades.

Deste modo almejando averiguar e compreender tais sentimentos se faz necessário associá-los , como será apresentado no quadro 2.

## QUADRO 2 - ASSOCIAÇÃO DE SENTIMENTOS

1. Impotência, Tristeza, Pena e Raiva	06
2. Raiva e Tristeza	04
3. Pena, Tristeza e Depressão	08
4. Pena e Tristeza	04

A criança com deficiência mental apresenta função intelectual prejudicada ou deficiente, com nítidas dificuldades, haja vista ter dificuldade no campo da atenção e do raciocínio.

As falas apresentadas, a seguir, demonstram os códigos expressos no Quadro 2.

“Foi muita decepção, fiquei chocada com a notícia, porque foi logo o meu primeiro filho. Sentimentos de raiva, tristeza e impotência tomaram conta de mim e meu esposo” (ROSA)

“Fiquei calada por vários dias. Eu olhava para ele e sentia muita pena. Na verdade eu senti muita tristeza, uma angustia por me perguntar se eu havia feito alguma coisa durante a gravidez, se a culpa de meu filho ser deficiente era minha (JASMIM).

Primeiro eu não acreditei, depois chorei muito e senti pena e muita tristeza... (GIRASSOL).

A maior parte das famílias, em especial as mães, tem o sentimento de tristeza e comportamento depressivo constante. Tal afirmação é importante para um direcionamento da equipe multiprofissional para as pessoas portadoras de transtorno mental.

Diante dos sintomas apresentados pelas crianças com deficiências mentais observados pelos familiares participantes desse estudo, todas manifestaram extrema dificuldade de lidar com alguns comportamentos, dentre eles, as alucinações, delírios, distúrbios do pensamento, comportamento de auto e hetero- agressividade e, especialmente, com os chamados sintomas negativos que são aqueles relacionados a uma apatia marcante, pobreza de discurso e embotamento ou incongruência de respostas emocional.

Os sujeitos destacam também que a convivência com a criança deficiente mental é marcada por um sentimento de insegurança e desconforto diante da imprevisibilidade de suas ações, convivem com a expectativa de que algo súbito pode acontecer a qualquer momento.

Vejamos alguns trechos do discurso:

(...) ele sempre foi uma pessoa diferente, um menino arredio, nunca foi de brincar com os irmãos, sempre afastado, sempre solitário (ROSA).

(...) A senhora nem imagina como ficamos quando nosso filho imagina que ta vendo o que não existir, falando com as estrelas, é triste (Violeta)

Esses comportamentos estranhos do seu ente querido portador da doença mental, identificada na convivência diária das famílias entrevistadas, indica a

compreensão de padrões de comportamento não aceitos por elas mesmas e, por conseguinte, passíveis de rejeição pelo grupo social.

Face a este complexo cotidiano, acreditamos que as ações dirigidas à família de indivíduos portadores de transtorno mental grave devam estruturar-se de maneira a favorecer e potencializar a relação familiar/profissional/serviço, compreendendo o familiar como um parceiro singular e fundamental para o cuidado dispensado ao doente mental.

O sentido desta parceria está orientado para a ação de cuidar deste familiar; há, portanto, que se incluir este sujeito como alguém que tem muito a dizer, especialmente quanto a seu próprio sofrimento psíquico e o quanto este mobiliza sua vida.

Para isso, partimos do entendimento de que é necessário considerar sua demanda, para além da objetividade, manifesta em suas queixas, geralmente centradas no sintoma do outro, do seu familiar portador de transtorno mental.

## 6.2 FORMAS DE ENFRENTAMENTO DAS FAMÍLIAS DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA MENTAL

Cientes da importância da família para a promoção do desenvolvimento da criança, especialmente daquelas que apresentam algum tipo de deficiência, propusemo-nos também a descrever baseados nos relatos proferidos pelos familiares das crianças com deficiência mental, os métodos de enfrentamento que estes utilizam ao descobrirem a referida problemática.

Ênfase é dada às interações desenvolvidas no micro universo da família, considerando a sua influência preponderante na evolução das relações futuras da criança.

Assim, são abordados temas relativos: a) fontes de busca de apoio e orientação; b) relação das respostas dos familiares agrupada na categoria doença; c) relação das respostas dos familiares, de acordo com a orientação desejada agrupadas na categoria tratamento; d) relação das respostas dos familiares agrupadas na categoria cuidados para com as crianças com deficiência mental.

### **QUADRO 3 - FONTE DE BUSCA E DE ORIENTAÇÃO DAS FAMILIAS AO PERCEBER QUE O FILHO APRESENTAVA DEFICIÊNCIA MENTAL**

1. Buscou ajuda no médico	07
2. Buscou ajuda de amigos e ou vizinhos	06
3. Não buscou ajuda	05
4. Buscou ajuda no CRAS	18

Fonte: primária

Das famílias entrevistadas sete buscaram ajuda extra familiar concentrando esse apoio no profissional médico. O tratamento médico em casos de depressão quase sempre é imprescindível, sendo que o tipo de tratamento está relacionado à intensidade dos problemas que a doença traz.

Porém podem existir depressões consideradas leves, que apresentam alguns poucos aspectos elencados anteriormente no quadro 3, ou depressões com teor de gravidade que prejudicam a vida do indivíduo.

Sobre essa situação foram selecionados alguns pontos de vista dos membros das famílias entrevistadas:

“O pai não aceita a situação e me disse para não mais procurar ajuda de ninguém ... (ORQUÍDEA)

“ É uma situação muito triste para mim como mãe, minha sorte é a ajuda dos amigos e da família que me dão apoio nessas horas difíceis ... (AMÉLIA)

A participação da família constitui um processo bilateral que pressupõe ações partilhadas. Esse caminho depende da qualidade das relações (desde as primeiras vivências) que são estabelecidas entre a criança deficiente mental (dimensão individual) e seu grupo de referência, a família (dimensão social).



Isso depende, ainda, do compromisso e da aceitação da deficiência pelos familiares. Portanto, depende do processo de relacionamento dialeticamente construído entre os sujeitos.

Partindo desta constatação se pode reconhecer que a família poderá desempenhar amplo poder sobre a ciência das relações entre família, em especial as mães, e o deficiente mental e que esta implicará tanto no trabalho, quanto na educação, podendo auxiliar na transformação de postura de todos, considerando que na fase escolar prevalece uma inibição afetiva de suas pulsões com sintomas também psicossomáticos, tais como tremores noturnos, gritos, crises de choro, manipulação mental.

Muitas vezes, as mais variadas características ou peculiaridades das crianças, às vezes de caráter até mesmo transitório, são falsamente consideradas como sinais ou “sintomas” de deficiência mental.

Vale salientar que a deficiência mental não pode ser confundida com doença mental (distúrbios emocionais, psicoses, etc...) nem com problemas ou distúrbios de aprendizagem, tampouco com peculiaridades advindas do ambiente cultural (diferenças lingüísticas, de hábitos...).

Citam todas as mães entrevistadas que receberam orientação médica quanto à condição de lidar e cuidar do filho deficiente mental. As falas abaixo ilustram esta inferência:

“Notei que meu filho não tinha comportamentos normais, ai fui ao médico do posto de saúde aqui do município e ele encaminhou para CAPS de uma cidade aqui perto, para o psiquiatra (MARGARIDA).

A criação de inúmeras estruturas extra-hospitalares de atendimento psiquiátrico, como CAPS, lares abrigados, oficinas terapêuticas, dentre outros destaca a ampliação e intensificação de debates sobre outros recursos assistenciais para o deficiente mental.

Prevê assim, que a assistência ao deficiente mental seja centrada no atendimento em instituições extra-hospitalares, que não desvinculem o problematizado mental de seu meio social e que seja constituída de ações planejadas em direção a uma desativação gradual das grandes estruturas manicomiais existentes no país (DESVIAT, 1999).

**QUADRO 4 – RELAÇÃO DE QUESTIONAMENTOS / RESPOSTAS DOS FAMILIARES, DE ACORDO COM A ORIENTAÇÃO DESEJADA, AGRUPADAS NA CATEGORIA FORMAS DE CUIDADOS COM FILHOS JUNTO AS CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA MENTAL.**

Como agir com filho portador de deficiência mental
Saber o que se pode conversar com a criança
Obter informação sobre que atividades seriam importantes para o filho com deficiência mental
Saber se deve ter mais paciência com filho (a) ou se deve tratá-lo com mais energia
Saber se está agindo correto frente aos filhos com transtorno mental
Saber se deve dar responsabilidade para a criança
Como fazer para torná-lo mais independente

Nesta categoria serão apresentados os resultados obtidos a partir das respostas obtidas após questionamentos aplicados junto aos familiares de crianças com deficiência mental, considerando as indagações sobre as dúvidas relacionadas aos cuidados destes com filhos.

Segundo Torrey (1983), o difícil para os familiares de pacientes com deficiência mental é a aceitação da realidade da doença e a modificação de suas expectativas quanto a seu futuro e isto não significa que os familiares não devam ter nenhuma expectativa em relação ao doente, porém, reconhecerem que o paciente pode ficar com uma limitação de sua capacidade.

Neste estudo, foi possível constatar, por meio dos relatos, que os familiares anseiam que seus filhos (as) não possam realizar atividades como uma pessoa normal, que não possam brincar com as outras crianças, que um dia possa estudar e trabalhar como pessoas ditas normais, se recuperar e não ficar com nenhuma seqüela.

Podemos perceber tais anseios nas seguintes falas

“Não sei o que vai ser do futuro do meu filho, coitado. Será que ele vai poder brincar estudar como as outras crianças, isso deixa eu e meu marido muito preocupado!”

“É muito difícil aceitar tudo isso, não sei como vai ser quando ele crescer, agente espera que ele se cure, que não sofra.só sei que é muito ruim sabe toda essa situação que temos enfrentado”

O difícil para os familiares é a aceitação da realidade da doença e a modificação de suas expectativas quanto a seu futuro e isto não significa que não devam ter nenhuma expectativa em relação ao doente, porém, reconhecem que o mesmo pode ficar com uma limitação de sua capacidade.

Com base na literatura e em nossas observações, acreditamos que essa expectativa dos familiares é percebida pelos mesmos, criando ansiedade nestes por não corresponderem às suas próprias expectativas.

Segundo Miles (1982), outro fator importante a ser considerado é que a doença mental afeta não apenas a qualidade de vida da família, mas também a saúde de seus membros; o clima de tensão emocional, a ansiedade e a responsabilidade pelo paciente, têm efeitos sobre a saúde física e mental do grupo familiar.

Estes achados foram considerados importantes para reforçar a necessidade de se incluir num programa de orientação para familiares, informações quanto ao prognóstico da doença e quanto à limitação da capacidade do paciente, ressaltando que, com o tratamento de manutenção, o mesmo poderá desempenhar algumas tarefas

#### **QUADRO 5 – RELAÇÃO DAS RESPOSTAS DOS FAMILIARES, DE ACORDO COM A ORIENTAÇÃO DESEJEDAS, AGRUPADAS NA CATEGORIA: TRATAMENTO.**

Saber até quando o paciente tomará a medicação
--

Saber para que serve a medicação
Saber se uma conversa com o paciente, juntamente com a medicação, não o ajudaria
Informar-se sobre os efeitos colaterais da medicação
Saber qual o remédio é mais adequado para o paciente
Saber se o paciente fará exames
Saber o que acontecerá, se o paciente parar de tomar a medicação

A deficiência mental, ao mesmo tempo em que faz parte da vida cotidiana, é um fenômeno psicossocial pouco compreendido e aceito e, de certa maneira, temido pelas famílias.

Através de observação in loco, e após relatos colhidos durante aplicação de questionamentos, foram notórias as dúvidas dos familiares abordados, sendo estas relacionadas ao tratamento dos filhos com deficiência mental.

Suas falas apresentam julgamentos, pré-juízos, receios, dúvidas e fragilidades, "face ao que é implicitamente suposto ser um diferente incurável, um fenômeno incontrolável e imprevisível.

Percebemos isso em seus relatos, vejamos abaixo:

"Assim que percebemos minha filha que nosso filho tinha comportamento diferente e agente não sabia o que fazer, procuramos logo o médico do posto de saúde, ele não nos disse muita coisa não e mandou levar nosso filho a um psiquiatra que iria ajudar mais agente a entender."

( Rosa)

" Até hoje não entendemos bem porque nosso filho toma tanto remédio e não melhora, os médicos também não explicam direito, ficamos sem saber se tem cura essa doença da cabeça ou se minha filha ficará assim para sempre..."

( Margarida)

Analisando as respostas acerca da orientação recebida sobre a doença, constatamos que apenas alguns deles haviam recebido algumas informações e estas, em sua maioria, haviam sido dadas por médicos e foram consideradas insuficientes.

Em relação à orientação sobre a medicação, alguns familiares responderam que haviam recebido pouca informação.

Percebemos que a família da criança com deficiência mental tem dificuldades para lidar com ele e com o tratamento por não terem informações suficientes para tal, portanto, suscitando atenção especial uma vez que os resultados evidenciaram que os as informações e orientações que foram dadas pelos profissionais não os ajudaram suficientemente.

Nesta procura por entendimento, eles reiteram em diversos momentos a dificuldade de conviver com uma criança portadora de doença mental, como se nada conseguisse apaziguar seus corações e mentes, isto é, como se nenhuma resposta fizesse sentido, face às experiências singulares desses familiares com a criança portadora de transtorno mental.

A deficiência mental ao mesmo tempo em que faz parte da vida cotidiana é um fenômeno psicossocial pouco compreendido e aceito e, de certa maneira, temido por eles.

Estes dados foram considerados relevantes para chamar atenção não só dos que atuam na área da saúde mental, mas de toda uma equipe multiprofissional da área da saúde, assistência social, educação, dentre outros, para que eles comecem a desenvolverem conhecimentos e habilidades na implementação de programas de educação e orientação que incluam os familiares ou famílias, uma vez que as ações que venham a englobar a assistência ao doente, família e comunidade.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Pode-se definir a deficiência mental como uma desvantagem, resultante de um comprometimento ou uma limitação que impede o desempenho de

raciocínio, de pensamento, ou seja, de habilidades adaptativas de determinada pessoa.

O nascimento é um milagre, pois cada criança ao nascer tem possibilidades ilimitadas. Cada indivíduo tem o poder de criar, compartilhar, descobrir novas alternativas e trazer novas esperanças à humanidade.

O nascimento de uma criança para a maior parte das famílias é um momento de alegria, de orgulho, de reuniões de pessoas queridas e de celebração da renovação da vida.

Para outras famílias o nascimento de uma criança pode não ser um momento de tanta alegria, ao contrário, pode representar um momento de lágrimas, desespero, confusão e medo. Pode vir a ser uma mudança brusca no estilo de vida de todos os envolvidos, cheia de mistérios e problemas especiais.

Ao surgirem os primeiros sintomas da deficiência mental, os pais, sobretudo as mães perdem toda a ênfase que era posta inicialmente na interação comunicativa e passa a acreditar que aquela criança é incapaz de desenvolver atividades complementares.

Mas, alguns deficientes mentais apresentam diferenças relacionadas ao grau de deficiências, ao conjunto das experiências vividas por essa criança considerada excepcional.

As narrativas dos familiares de crianças com deficiência mental revelam um longo percurso de construção de identidade. Partindo do momento de ruptura com o *status* anterior (mãe ou futura mãe ou pai de uma “criança normal”) para o de mãe de uma criança com deficiência mental, relatam as vivências iniciais de perplexidade, humilhação, vergonha e, sobretudo, de perda momentânea de referências culturais e psíquicas que ordenassem aquela experiência.

Sem dúvida, o trabalho com famílias na rede de saúde mental é um campo de experimentação incipiente, no qual perguntas e desafios são uma constante, com respostas e soluções transitórias e inacabadas.

Contudo, acreditamos que os serviços de saúde mental têm potencial para estabelecer uma parceria com as famílias, para ajudar a construir um outro arranjo coletivo, uma outra relação com a doença mental.

Apostando nessa possibilidade, acreditamos que os profissionais podem associar sua competência teórico-técnica ao conhecimento da família sobre si

mesma, gerando um campo de afetamentos que opere a criação de novos modos de subjetivação.

Ao invés de culpabilizar a família, seria mais proveitoso suscitar nela um papel ativo na construção de novas formas de convivência, inclusive em sua relação com o portador de transtorno mental.

A sociedade tem dificuldade em conviver com diferenças e deixará isso claro, de muitas formas sutis, dissimuladas e mesmo inconscientes, através do modo como isola as pessoas deficientes, olhando-as abertamente em público e evitando o contato com elas sempre que possível. O preconceito social, de parte da comunidade em relação a um ou todos os membros da família, imporá seu peso.

O preconceito se constituirá em uma força potente e influente no comportamento da família. A principal diferença na família de criança com deficiência é que seus problemas são intensificados pelos muitos pré-requisitos necessários e atitudes que lhe são impostas, devido à deficiência.

Após a passagem pelo luto, ou seja, a morte do(a) filho(a) desejado(a), esperado(a) e idealizado(a), inicia-se uma nova estrutura familiar, de maneira a ajustar-se à criança com deficiência suprimindo as necessidades básicas e o seu relacionamento com o meio social de maneira holística e coordenada.

Conforme experiências de trabalho vivenciadas no Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) de Potiretama - CE em relação a exercício de vida familiar voltada para as crianças com deficiência mental, que muitas famílias desconhecem elementos importantes sobre o método de desenvolvimento, as implicações psicossociais, a forma de estimulação de aprendizagem.

Muitas delas não são assistidas por especialistas, agravando ainda mais a situação já que não dispõem de orientações quanto à forma de lidar com estas pessoas.

Em geral a primeira suspeita quanto à existência de uma alteração mental em crianças muito pequenas é feita pela própria família a partir da observação da ausência de reações, comportamento diferente do usual.

O comportamento da criança deficiente é talhado pelas ações e atitudes de outros e os ajustamentos da família de uma criança deficiente tanto podem limitar

e distorcer como encorajar e facilitar a potencialidade de desenvolvimento da criança.



## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.(Org) **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**.Rio de Janeiro:SDE/ENSP, 1995.

ALONSO, C. **A família como suporte da política de saúde mental**. Instituto Superior de Serviço Social - ISSS – São Paulo (Dissertação de Mestrado).

ASSUMPÇÃO JUNIOR, F. B. **Deficiência mental, família, sexualidade**. São Paulo: Memnon, 1993.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**.Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro.Lisboa: Edições 70, 2002.

BRASIL. **Diretrizes e normas Regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Conselho Nacional de Saúde.

Resolução

196/96.

Brasília.

Disponível

em:< <http://www.ufrgs.br/HCPA/gppge/res19696.htm>>.

\_\_\_\_\_. Resolução 196/96. Conselho Nacional de Saúde.1996.

CAVALHERI, S. C. **Acolhimento e Orientação à Família**. Mesa Redonda: Importância da Família na Saúde Mental, 2002. Disponível em:<[www.sppc.med.br/mesas/silvana.htm](http://www.sppc.med.br/mesas/silvana.htm)>

GIL, A. C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 3.ed. São Paulo: Atlas S.A., 1996.

KOGA, M.; FUREGATO, A. R. F. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. In: LABETE, R. C. (org). Caminhando para assistência integral. Ribeirão Preto: Scala, 1998. p 363-375.

LUIS, M.V.; MARGIOTTE, M.S.; SANTOS, D.S.P. Percepções que a família e o paciente psiquiátrico têm sobre os determinantes de um distúrbio mental. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v.10, n.1, p.52-59, jan 1989.

MARCELINO, S. R. et al. Cuidado domiciliar: escolha ou falta de opção. **Texto e Contexto. Enferm.**, Florianópolis, v.9,n.3, p- 9-21, ago./dez. 2000.

MINAYO, M. C. S. (org) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 20.ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

OLIVEIRA, A. M. N. **Compreendendo o significado de vivenciar a doença mental na família: um estudo fenomenológico e hermenêutico**. 2000. Dissertação(Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina,Florianópolis, 2000

OLIVEIRA, M.M.B; JORGE, M.S.B. **Doente mental e sua relação com a família.**In: labate R.C. (Org) Caminhando para a assistência integral.Ribeirão Preto:Scala, 1998,p.380.

PEREIRA E SILVA, N.L. (2000). **Crianças pré-escolares com síndrome de Down e suas interações familiares.** Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília-DF.

ROCHA, L. (Orgs.) **Saúde mental no trabalho: desafios e soluções.** SP: VK, 200

RODRIGUES, A. R. F. **Enfermagem psiquiátrica, saúde mental: prevenção e intervenção.** 2. ed. São Paulo: EPU, 2001.

WAIDMAN, M. A. P. et al. Família e doença mental. **Família. Saúde Desenvolvimento.** Curitiba, jan/dez. 1999.

**APENDICE A – ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA****ROTEIRO DE ENTREVISTA**

1 - O que você entende por doença mental?

---

---

---

2 - Na família há outra pessoa com doença mental?

( ) sim. Quantos? \_\_\_\_\_ ( ) não

3 - O que sentiu ao descobrir que na família há uma criança com doença mental?

---

---

---

---

---

---

4 - Como é cuidar de uma criança com doença mental?

---

---

---

5 - Como é a relação dos demais membros da família com a criança doente mental?

---

---

---

---

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa é intitulada **CRIANÇA E DOENÇA MENTAL: A DIFÍCIL CONVIVÊNCIA FAMILIAR COM A DIFERENÇA** Está sendo desenvolvida por **Laura Pollyanna Rodrigues de Melo**, aluna do Curso de Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE sob a orientação do(a) Professor(a) Johny Carlos de Queiroz.

A mesma apresenta como objetivo Geral Analisar as atitudes e condutas de famílias diante de crianças portadores de doença mental. A finalidade desse trabalho é conhecer mais sobre essa convivência e desta forma pretende-se efetuar uma investigação de modo a conhecer a concepção dos familiares de crianças com problemas mentais

Solicitamos a sua contribuição no sentido de participar da mesma. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação.

Ressaltamos que os dados serão coletados através de roteiro de entrevista, o senhor (a) respondera a algumas perguntas sobre dados pessoais e relacionadas atitudes e condutas de famílias diante de crianças portadores de doença mental , os mesmos farão parte monografia para conclusão do curso de especialização em saúde mental e psiquiatria podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do (a) senhor (a) será mantido em sigilo.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado(a) a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo.

A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa, no seguinte endereço Rua

Princesa Izabel, 24 – Doze anos/Mossoró – RN, o telefone para contato é (84)

8815.2911 e o e-mail é [laurapollyanna@yahoo.com.br](mailto:laurapollyanna@yahoo.com.br).

Diante do exposto, agradecemos a contribuição do (a) senhor (a) na realização dessa pesquisa.

**TERMO DE CONSENTIMENTO**

Eu, \_\_\_\_\_, concordo em participar dessa pesquisa declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecido (a), estando ciente dos objetivos e da justificativa da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento assinado por mim e pela pesquisadora.

Mossoró, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura:

---

**ANEXO A – PRONTUÁRIO SÓCIO FAMILIAR DO CENTRO DE REFERÊNCIA  
DA ASSISTÊNCIA SOCIAL**



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÀ  
SECRETARIA DE TRABALHO E DESENVOLVIMENTO SOCIAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE POTIRETAMA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, TRABALHO E  
HABITAÇÃO – SASTH  
CENTRO DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – CRAS**

## PRONTUÁRIO SOCIO FAMILIAR

### SITUAÇÃO PESSOAL

Nome: \_\_\_\_\_

Apelido \_\_\_\_\_

R.G: \_\_\_\_\_ C.P.F: \_\_\_\_\_

NIS \_\_\_\_\_ D.N \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_

Ponto de Referência \_\_\_\_\_

### COMPOSIÇÃO FAMILIAR

NOME	D.N	GRAU DE PARENTESCO	GRAU DE ESCOLARIDADE	OCUPAÇÃO
------	-----	-----------------------	-------------------------	----------


### SITUAÇÃO SÓCIO – ECONÔMICA FAMILIAR

Nome: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_

Renda: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_

Renda : \_\_\_\_\_



**PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA****PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA:** ( )**BENEFÍCIOS DE PRESTAÇÃO CONTINUADA:** ( )**BENEFÍCIOS EVENTUAIS:** ( )**BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIO**

Salário Maternidade: Sim ( ) Período \_\_\_\_\_

Pensão por morte ( ) Período \_\_\_\_\_

Aposentadoria por idade ( ) Período \_\_\_\_\_

Auxílio Doença ( ) Período \_\_\_\_\_

**PROGRAMAS SOCIAIS/SERVIÇOS**

PETI ( ) Pró – Jovem adolescente ( ) Orientação sócio familiar ( )

OUTROS ( ) \_\_\_\_\_

**CONDICIONALIDADES DO PBF**

Compreende: Sim ( ) Não ( ) Descumpre: Sim ( ) Não ( )

**Observações:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SITUAÇÃO HABITACIONAL****Tipo de Moradia:** Alvenaria ( ) Taipa ( ) Outros ( ) \_\_\_\_\_

Nº de cômodos ? \_\_\_\_\_

**Imóvel:** Próprio ( ) Alugado ( ) Cedido ( ) Financiado ( ) Outros ( ) \_\_\_\_\_**Energia Elétrica :** Sim ( ) Não ( )**Abastecimento de Água :** Encanada ( ) Poço ( ) Caçimbão ( ) Açude ( ) Outros ( ) \_\_\_\_\_**Água consumida:** Filtrada ( ) Fervida ( ) Coada ( ) Clorada ( )

Sem tratamento ( )

**Destino do Lixo:** Coletado ( ) Enterrado ( ) Jogado em terreno baldio ( ) Queimado ( ) Outros: \_\_\_\_\_

**SITUAÇÃO DE SAÚDE NA FAMÍLIA**

Havendo algum problema de saúde, onde busca atendimento? \_\_\_\_\_

Na família existe patologia crônica? \_\_\_\_\_

Qual? \_\_\_\_\_

Quem? \_\_\_\_\_

Faz tratamento? Sim ( ) Não ( )

porquê ? \_\_\_\_\_

Na família as mulheres realizam exame preventivo? \_\_\_\_\_

Se não, por que? \_\_\_\_\_

**Observações:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Como é feito o planejamento familiar?

\_\_\_\_\_

Quais os métodos utilizados?

\_\_\_\_\_

De que forma adquire o contraceptivo?

\_\_\_\_\_

**Gestante:** Sim ( ) Não ( ) Quem? \_\_\_\_\_

Início da gestação: \_\_\_\_\_

Faz Pré – Natal? Sim ( ) Não ( ) Início do Pré – Natal: \_\_\_\_\_

Nutriz: Sim ( ) Não ( ) Quem? \_\_\_\_\_

Amamenta? Sim ( ) Não ( )

Por que? \_\_\_\_\_

**Criança** com cartão de vacinação atualizado? Sim ( ) Não ( )

Por que? \_\_\_\_\_

Incidência de desnutrição (criança menores de 5 anos de idade): Sim ( ) Não ( )

Quem? \_\_\_\_\_

**Pessoa Idosa:** Sim ( ) Não ( )

Quem? \_\_\_\_\_

Exerce alguma atividade? Sim ( ) Não ( ) Qual(is)?

\_\_\_\_\_

Recebe ou recebeu alguma vacina? Qual (is)?

\_\_\_\_\_

**Portador (a) de deficiência?** Sim ( ) Não ( ) Qual?

\_\_\_\_\_ Quem? \_\_\_\_\_

Que tipo de deficiência? ( ) Física ( ) mental

Que tipo de Assistência recebe ou recebeu? \_\_\_\_\_

Faz uso de alguma medicação de controle especial? Sim ( ) Não ( ) Qual?

\_\_\_\_\_

Os membros da família possuem o hábito de procurar os **médico?** Sim ( ) Não ( )

Por que? \_\_\_\_\_

### **SITUAÇÃO INTRA FAMILIAR**

Existe o hábito do diálogo entre os membros da família? Pai e mãe, pai e filhos (as), mãe e filhos (as)? Se não, quais as dificuldades?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Entre os membros da família, existe alguém que fez ou faz uso de algum tipo de droga(s), entorpecentes? \_\_\_\_\_

Quem? \_\_\_\_\_

Já recebeu ou recebe algum tipo

de atendimento e/ou acompanhamento? \_\_\_\_\_

Existe ou existiu na família algum tipo de agressão? Violência intra – familiar (violência física, sexual, psicológica, negligência)?

---

---

---

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

---

---

---

---

Potiretama/Ce \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

**Técnico (a) Responsável**

## ANEXO B – CERTIDÃO COMITÊ DE ÉTICA



### FACULDADES DE ENFERMAGEM E DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA

Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258, de 21.09.2005 e publicada no  
DOU de 23.09.2005 Pg. 184 Seção 01.  
Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 1.084, de 28 de dezembro 2007, publicada no  
DOU de 31 de dezembro de 2007, página 36, seção 1.



### CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 196/96 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 4ª Reunião Extraordinária realizada em 20/10/09 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "Criança e doença mental: A difícil convivência familiar com a diferença", protocolo número: 166/2009 e CAAE: 0057.0.351.000-09, da pesquisadora responsável: **Laura Pollyanna Rodrigues de Melo** e do orientador: **Johny Carlos de Queiroz**.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 30/12/2009, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa, 16 de dezembro de 2009.

Escola de Ciências da Nova Esperança Ltda  
  
 Rosa Rita da Conceição Marques  
 Coordenadora de CEP-FACENE/FAMENE

**Rosa Rita da Conceição Marques**  
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE

Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba - Brasil  
 CEP.: 58.067-695 - Fone/Fax : +55 (83) 2106-4777

