



O PROCESSO DE ELABORAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO MENTAL POR FAMILIARES

THE PROCESS OF ELABORATION THE DIAGNOSIS OF MENTAL DISORDER BY FAMILY MEMBERS

Karoline Giele Martins de Aguiar¹
Flávia Silva Rocha²

Manuscrito recebido em: 02 de fevereiro de 2023.

Aprovado em: 26 de junho de 2023.

Publicado em: 07 de julho de 2023.

Resumo

Introdução: os transtornos mentais (TM) se classificam como manifestações psicológicas/comportamentais associadas a algum comprometimento funcional, ocasionando alterações e produzindo prejuízos no desempenho global d indivíduo. O diagnóstico de TM pode desorganizar o funcionamento familiar, provocando a vivência de sentimentos de medo, tristeza, incompreensão, impotência, culpa e podem até negar a existência do TM. **Objetivos:** descrever o processo de elaboração da família ao receber o diagnóstico de TM; comparar as fases de elaboração da família ao receber um diagnóstico de TM com as fases de elaboração do luto; e identificar as possíveis intervenções profissionais que possam auxiliar os familiares a atravessarem da melhor forma possível o processo de elaboração do diagnóstico de TM. **Método:** optou-se por uma revisão narrativa. A busca dos estudos foi realizada junto à BVS, LILACS, BDNF, SciELO e Periódicos CAPES. Foram utilizados na busca os seguintes descritores: “transtorno mental, diagnóstico, aceitação familiar”, sem recorte temporal. **Resultados:** na perspectiva dos familiares, há um processo de elaboração ao receber o diagnóstico de uma pessoa com TM na família. Esse processo assemelha-se às fases do luto – negação, raiva, barganha/culpa, depressão e aceitação, propostas por Kubler-Ross. **Conclusão:** as fases da elaboração do luto serão atravessadas independentemente das intervenções profissionais, pois elas se dão naturalmente, mas, apesar disso, devido ao diagnóstico de uma pessoa com TM ser difícil para que a família elabore, essa situação evidencia a necessidade de intervenções profissionais que acolham o sofrimento apresentado pelos familiares.

Palavras-chave: Transtorno mental; Diagnóstico; Aceitação familiar.

Abstract

Introduction: mental disorders (MD) are classified as psychological/behavioral manifestations associated with some functional impairment, causing changes and producing losses in the individual's overall performance. The diagnosis of MD can disrupt family functioning, causing feelings of fear, sadness, misunderstanding, impotence, guilt and may even deny the existence of MD. **Objectives:** to describe the process of elaboration of the family when receiving the diagnosis of MD; compare the stages of family elaboration when receiving a diagnosis of MD with the stages of mourning; and to identify the possible professional interventions that can help family members to go through the process of preparing the diagnosis of MD in the best possible way. **Method:** we opted for a narrative review. The search for studies was carried out in BVS, LILACS, BDNF, SciELO and Periodicals CAPES. The following descriptors were used in the search: “mental disorder, diagnosis, family acceptance”, without temporal cut. **Results:** from the perspective of family members, there is an elaboration process when receiving the diagnosis of a person with MD in the family. This process is similar to the stages

¹ Doutoranda e Mestre em Psicologia Clínica pela UNISINOS. Professora na Universidade Ceuma. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8310-7273> Email: karol.giele@hotmail.com

² Graduanda em Psicologia pela Universidade do Ceuma. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7438-3943> Email: flavia_rocha@hotmail.com



of grief – denial, anger, bargaining/blame, depression and acceptance, proposed by Kubler-Ross. **Conclusion:** the phases of mourning will be crossed regardless of professional interventions, as they occur naturally, but despite this, due to the diagnosis of a person with MD being difficult for the family to elaborate, this situation highlights the need for professional interventions that accept the suffering presented by the family members.

Keywords: Mental Disorder; Diagnosis; Family Acceptance.

INTRODUÇÃO

Ao longo do tempo, a construção epistemológica do Transtorno Mental (TM) passou por diferentes perspectivas. O TM, durante a Idade Média, foi considerado uma maldição divina, numa época na qual explicações mítico-religiosas eram atribuídas à maioria dos fenômenos. No Renascimento, a loucura era tida como o “outro da razão”, a trágica desrazão. Já na Idade Clássica, a figura do louco aparece como desviante da ordem vigente e se mistura à figura do mendigo e do delinquente. Apenas na Modernidade, com Phillipe Pinel, médico francês, inaugura-se a percepção do louco como “doente mental” (Almeida & Mendonça, 2017).

Antes da Reforma Psiquiátrica, o tratamento disponível para as pessoas com TM era baseada no isolamento e na exclusão, ficando os sujeitos privados do contato com a sua família e com a sociedade. Não existiam incentivos na participação da família como suporte essencial no cuidado, já que o indivíduo era visto de modo isolado (Nascimento et al., 2016).

A partir da Reforma Psiquiátrica no Brasil, em 2001, a desinstitucionalização não se limitou à simples substituição de modelo hospitalocêntrico; envolveu questões socioculturais, ocasionando o deslocamento das práticas psiquiátricas clássicas, a partir do modelo biomédico, para práticas de cuidado realizadas no território, junto à família e à comunidade, de acordo com o modelo biopsicossocial (Gambatto & Silva, 2006). Com o surgimento dos dispositivos substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, como Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, Residências Terapêuticas, Centros de Convivência, Unidades de Acolhimento Transitório e ala psiquiátrica em Hospitais Gerais, procurou-se incluir a família nos tratamentos, sendo esses serviços utilizados basicamente para o tratamento e acompanhamento, sendo a família incluída nesse processo. À medida em que a família era incluída nesses programas e abordagens, passou-se gradualmente a compreender o TM e suas implicações (Gambatto & Silva, 2006).



De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 720 milhões de pessoas sofrem com doenças mentais em todo o mundo - aproximadamente 10% de toda a população mundial. No Brasil, entre as dez maiores causas de afastamento do trabalho, cinco são por conta de TM, como depressão e ansiedade, de acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Se somados todos os TM, incluindo os relacionados ao álcool e outras drogas, pelo menos 30% da população brasileira apresentou alguma condição no último ano (Brasil, 2021).

Segundo a Classificação Internacional de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10), os TM se classificam como doença com manifestação psicológica e comportamental associada a algum comprometimento funcional resultante de disfunção biológica, social, psicológica, genética, física ou química. Sendo classificados como alterações do modo de pensar e/ou do humor associadas à uma angústia profunda, produzindo prejuízos no desempenho global da pessoa no âmbito pessoal, social, ocupacional e familiar (Santos & Siqueira, 2010).

A pessoa com TM geralmente passa a agir de modo distinto de sua forma habitual, apresentando um comportamento por vezes fora do “normal”, tanto em relação ao seu comportamento anterior quanto em relação àquele estabelecido pela sociedade (Almeida & Mendonça, 2017). Diferente de outras áreas, o diagnóstico de TM em psiquiatria é um construto fundamental para o trabalho clínico e para o conhecimento científico, compreendendo a avaliação do estado mental, análise da história clínica do paciente, observação e entrevista com familiares (Dalgalarondo, 2018).

Os TM são diagnosticados a partir da manifestação de sinais e sintomas, de acordo com critérios diagnósticos estabelecidos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5). Esse diagnóstico é realizado pela equipe de saúde mental, através da avaliação do estado mental, análise da história clínica do paciente, observação e entrevista com a família. O diagnóstico do adoecimento é um acontecimento imprevisto que pode desorganizar o funcionamento de uma família. Em muitos casos, a adaptação dos familiares frente ao diagnóstico de TM pode se tornar uma tarefa difícil, tendo em vista que traz à tona sentimentos diversos (Almeida & Mendonça, 2017).



Finalizado o processo de diagnóstico de TM, muitos familiares vivenciam sentimentos de medo, tristeza, isolamento, incompreensão, impotência, fragilidade, culpa e podem negar a existência do transtorno. Mostram-se frustrados em relação às suas expectativas quanto ao desenvolvimento do ente que adoeceu. Muitos familiares não sabem como lidar e/ou enfrentar a situação e, procurando explicar o aparecimento da doença, não sabem como agir, sobrecarregando-se de dúvidas e conflitos (Almeida & Sousa, 2017; Borba et al., 2011). Esses fenômenos psicológicos foram amplamente descritos por Elisabeth Kübler-Ross, juntamente com as reações iniciais de incredulidade, as suspeitas e os questionamentos levantados sobre a veracidade do diagnóstico (Menezes et al., 2007).

O livro “Sobre a morte e o morrer” (2017), que teve a primeira edição publicada em 1969, apresenta os sentimentos vivenciados por uma pessoa quando perde alguém de seu círculo familiar/amigos, apresentando as fases do luto nessa circunstância. A primeira fase do luto, de acordo com o “Método Kübler-Ross”, é a negação. Quando uma pessoa recebe a notícia de que um ente querido morreu, sua primeira reação, na maioria das vezes, é dizer “não”, ou ainda “isso não pode ser verdade”. A segunda fase é a raiva, que não é um sentimento que possui muita lógica, na medida em que pode ser direcionado para qualquer coisa ou pessoa que o sujeito enlutado queira. Por exemplo, pode ser direcionada para si próprio por não conseguir fazer nada para reverter a situação; pode ser direcionada para a vida, por ser tão injusta, e também pode ser direcionada para Deus (Netto, 2015).

A terceira fase é a barganha, na qual o sujeito busca aproximar-se de Deus, fazer promessas e juramentos de que não fará mais as coisas como antes, em troca da vida ou da saúde do seu familiar. A culpa é geralmente atravessada pela barganha, na qual o sujeito acredita que poderia ter feito algo para evitar a situação atual. A barganha é um sentimento mutável, frequente e constante. A quarta fase, a depressão, não deve ser compreendida como um estado patológico, que requer intervenção de medicamentos, essa fase deve ser entendida como uma reação normal e apropriada após a perda de um familiar. A quinta e última fase é a da aceitação, caracterizada como a aceitação por parte do enlutado da realidade vivenciada. Passa-se a aceitar a perda do ente querido e que, a partir disso, haverá mudanças na sua vida. É importante estar atento à ideia de que aceitação não significa que tudo está bem e resolvido, propicia que o sujeito passe a encarar e a dar significado à nova realidade, e que novas relações podem ser estabelecidas, aprendendo a continuar a vida sem a pessoa falecida (Netto, 2015).



Percebe-se a prevalência de publicações voltadas para o estudo da sobrecarga de cuidadores e/ou familiares de pessoas com TM acometidos por sofrimento psíquico, justificando-se pelo fato de tais sofrimentos gerarem grande esforço físico e psicológico, dificultando o progresso de tratamento da pessoa com TM. Os fatores mais fortemente associados à sobrecarga familiar foram os comportamentos problemáticos dos pacientes, os sintomas negativos, as perdas ocupacionais, financeiras e de suporte social decorrentes da doença e as dificuldades dos doentes no desempenho de papéis sociais (Baptista et al., 2012; Brusamarello et al., 2017; Dias et al., 2022; Eloia et al., 2018; Estevam et al., 2011; Guedes & Santos, 2020; Nascimento et al., 2016; Ramos et al., 2019).

A literatura aponta sobre a sobrecarga familiar no cuidado de pessoas com TM graves. Torna-se pertinente analisar o processo de elaboração dos familiares ao receberem o diagnóstico de TM de um familiar a partir da literatura sobre o processo dessa vivência, podendo assim contribuir com o processo de aceitação da família, adesão da pessoa ao tratamento e o manejo dos profissionais da área da saúde no acolhimento especializado para essas famílias. Diante disso, esse estudo objetivou descrever as vivências do processo de elaboração da família ao receber o diagnóstico de TM, comparar as fases de elaboração da família ao receber o diagnóstico de TM com as fases de elaboração do luto a partir da identificação de relatos em artigos científicos.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa, pois as revisões narrativas permitem uma visão ampla para descrever e discutir o desenvolvimento ou o "estado da arte" de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual, permitindo ao leitor adquirir e atualizar o conhecimento sobre uma temática específica em um curto espaço de tempo (Rother, 2007). As bases de dados pesquisadas foram Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Dados da Enfermagem (BDENF), Portal Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Portal de Periódicos CAPES, sem recorte temporal, com os descritores extraídos do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde): "transtorno mental, diagnóstico, aceitação familiar".



Os critérios de inclusão foram considerados como parâmetros de busca: textos na forma de artigos, redigidos no idioma português e artigos empíricos qualitativos que abordem a temática de familiares ao receberem o diagnóstico de TM. Como critérios de exclusão foram: artigos de revisão, teses, dissertações, trabalho de conclusão de curso, redigidos em outros idiomas, artigos quantitativos e materiais tratando sobre a sobrecarga dos cuidadores de pessoas com TM.

Os dados levantados foram analisados a partir da análise de conteúdo que consiste na descrição analítica do conteúdo manifesto e sua posterior interpretação. A análise de conteúdo foi realizada em três fases: pré-análise dos artigos; exploração de material sobre a elaboração do luto, os conceitos e exemplos dos eixos: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação; e o tratamento e interpretação dos resultados comparando com os discursos de familiares sobre a elaboração do diagnóstico de TM. Buscando manter a integridade dos discursos analisados sobre as fases do processo de elaboração do luto, foram utilizados 2 (dois) juízes treinados sobre as fases de luto de Elisabeth Kubler-Ross, que, em momentos distintos, identificaram em recortes dos discursos dos familiares os cinco estágios do luto (Bardin, 2011).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo selecionou 13 (treze) artigos com a temática sobre as reações de familiares ao receberem o diagnóstico de TM. Os artigos se concentraram entre os anos de 2003 e 2020. A análise desses artigos se deu de acordo com os cinco estágios do luto apresentados por Elisabeth Kubler-Ross: o primeiro é o da negação, o segundo é o da raiva, o terceiro é a barganha/culpa, o quarto é a depressão, o quinto é o da aceitação (Massocatto & Codinhoto, 2020). Porém, nem todos vivenciam as fases de luto de forma simétrica, não há uma ordem cronológica para tal experiência (Melo, 2020).

Após a análise dos materiais, foram identificados recortes nos discursos dos familiares ao receberem o diagnóstico de TM de um familiar sobre os cinco estágios do luto, aos quais foram agrupados nas tabelas abaixo.



Tabela 1. Discurso dos Familiares – Negação.

- Negação**
1. “Quando começou a primeira crise dele, eu não sabia que era essa doença, ele sumiu de casa e a gente achou que era uma falta de responsabilidade dele” (Colvero et al., 2004).
 2. “No começo, eu me debati muito porque eu não queria aceitar que minha filha tivesse isso” (Borba, 2011).
 3. “A minha vida é muito triste porque, às vezes, eu não me conformo com a maneira dela ser, eu não admito, não aceito o jeito que ela é (...)” (Colvero et al., 2004)

Fonte: dados elaborados pelas autoras (2022).

De acordo com Simões (2014), o estágio de negação serve como um “para-choque”, um amortizador do impacto da notícia, pois naturalmente, se alguém tivesse que viver somente com a ideia de que vai morrer, não disponibilizaria seus recursos para a cura ou uma qualidade de vida melhor.

O estranhamento vivenciado no comportamento de familiares ao receberem o diagnóstico de TM de um familiar pode ser identificado na convivência diária com ele, tal situação indica a compreensão de padrões de comportamento que podem ser negados por elas mesmas e passíveis de rejeição pelo grupo social. Esses familiares negam, assim, essa diferença a partir daquilo que, para eles, aparece como estranho, não esperado e não compreensível no comportamento do seu familiar (Colvero et al., 2004).

Essa reação consiste em não acreditar, negar que aquilo está acontecendo (Melo, 2020). Em tal fase, pode haver evitação de temas relacionados à doença como defesa temporária para enfrentar a perda da saúde. Isso pode acontecer pela forma inesperada que a família recebe o diagnóstico (Fonseca & Barroso, 2017).

A revelação do diagnóstico desconstrói as expectativas em relação ao futuro do indivíduo que é acometido por TM, uma vez que o desenvolvimento, antes saudável da pessoa com TM, contribui para que a família negue num primeiro momento as restrições causadas pelo TM (Borba, 2011). Para a análise do segundo estágio, segue a fala dos participantes descritos na Tabela 2.

Tabela 2. Discurso dos Familiares – Raiva

- Raiva**
1. “Quando ele está muito brabo comigo, daí eu também fico com raiva, fico revoltada” (Narvani & Hirdes, 2008).
 2. “Assim, em ver a situação dela, a gente vendo a própria mãe na situação que ela está, uma pessoa que era, que fazia tudo e de repente está aí” (Sant’Ana et al., 2011)

Fonte: dados elaborados pelas autoras (2022).



Esse segundo estágio é caracterizado pela expressão de revolta que estão sentindo. Em alguns casos, resultam em comportamento agressivo, direcionando ao meio externo na tentativa de encontrar um culpado. Nesse caso, as pessoas tornam-se, por vezes, agressivas e há a procura de culpados e questionamentos, com o intuito de aliviar o imenso sofrimento e revolta pela doença ou pela perda (Basso & Wainer, 2011).

O impacto do diagnóstico manifesta-se de diferentes formas e intensidades, deixando marcas profundas na vida da família. Tal experiência pode emergir sentimentos e emoções latentes como raiva e revolta, provocando desequilíbrio e sofrimento na família. Esses sentimentos surgem devido ao desgaste familiar pela convivência com a pessoa com TM, ocasionando na sobrecarga física e emocional (Narvani & Hirdes, 2008).

O comportamento imprevisível da pessoa debilita as expectativas sociais e origina dificuldades no grupo familiar, como o descompasso entre o ritmo de vida do paciente e o da família, tensões vividas pelas pessoas no cotidiano familiar gerando sentimento de frustração, insegurança e incerteza frente ao tratamento (Coser & Both, 2013). Para a análise da terceira fase, segue o discurso dos participantes descritos na Tabela 3.

Tabela 3. Discurso dos Familiares – Barganha/culpa

Barganha/ culpa	<ol style="list-style-type: none">1. “No início me senti culpada, pois não conhecia a doença” (Estevam et al., 2011).2. “A culpa disto tudo é minha, dei-lhe sempre tudo e agora ela não dá valor a nada. Nunca teve que se preocupar. Ainda cheguei a dizer à minha mulher que isto devia ter sido alguma coisa que fizemos” (Fernandes et al., 2020).3. “Aí vem a culpa [...] onde foi que eu errei? Errei em alguma coisa? Dói meu coração, eu me emociono” (Pereira & Pereira, 2003).4. “Eu me senti culpada, foi assim [...] porque quando ele começou a ficar ruim o médico disse que era problema no parto daí eu me culpei” (Narvani & Hirdes, 2008).
----------------------------	--

Fonte: dados elaborados pelas autoras (2022).

De acordo com Netto (2015), a terceira fase é a barganha, na qual o sujeito começa a suplicar às divindades, a fazer promessas e juramentos de que não fará mais as coisas como antes, de que tudo será diferente. A culpa está geralmente acompanhada da barganha, em que o sujeito acredita que poderia ter feito algo diferente para a atual situação.



Nessa fase, há uma tentativa de adiar o sofrimento originado naquela situação. A pessoa tenta negociar com Deus, podem aparecer pensamentos como “eu poderia ter feito algo?”. O sentimento não é fixo: ao mesmo tempo que se pensa em ter a pessoa de volta, há uma esperança, ou pedido, para que, já que não foi inevitável a morte ou a doença do ente querido, que não haja tanto sofrimento (Melo, 2020).

De acordo com Estevam et al. (2011), percebe-se a difícil convivência e a angústia de ter uma pessoa com TM na família, além disso, a família pode sentir-se culpada pela doença e ansiosa por não saber lidar com situações de instabilidade diante da imprevisibilidade dos comportamentos e a expectativa futura de uma nova crise, ocasionado no sofrimento da família.

A presença desses sentimentos mencionados acaba, muitas vezes, por levar os familiares a evitarem contextos sociais; em outras situações, a falta de conhecimento acerca da doença pode desencadear em casos de auto-estigmatização e atraso na busca pelo tratamento (Estevam et al., 2011). Seguindo a análise do quarto estágio estudado, segue a narrativa dos participantes expostos na Tabela 4.

Tabela 4. Discurso dos Familiares – Depressão

- Depressão**
1. “Uma sensação de impotência, cansaço, desânimo, eu não tenho coragem de lavar roupa, eu não tenho vontade de fazer as coisas, não tô conseguindo dormir, eu faço só o extremamente necessário” (Ramos et al., 2019).
 2. “Às vezes a gente quer se isolar, quer ficar sozinho, sabe? A gente quer sumir, abrir um buraco e entrar dentro” (Vicente et al., 2016).
 3. “Não existe uma coisa mais triste para os pais [...] você ver o filho sofrendo daquele jeito e não tem muita coisa que possa fazer” (Borba, 2011).
 4. “Eu fico triste quando vejo ela daquele jeito [...] quando ela está em crise a gente sofre, a gente tenta levar ela de cá para lá. [...] tentar acalmá-la” (Narvani & Hirdes, 2008).

Fonte: dados elaborados pelas autoras (2022).

A depressão do luto é um processo intenso de muita tristeza, que gera muito pesar, muita angústia, desgaste físico e emocional (Siqueira & Azevedo, 2020). Contudo, é importante a diferenciação entre um episódio depressivo maior e a depressão no processo do luto, pois, no processo do luto, a autoestima é preservada e, na depressão, é reduzida (Moreira & Souza, 2017).

Nessa fase, já não se pode mais negar e/ou revoltar-se com o diagnóstico, pois intensificam os sentimentos de tristeza. A fase de depressão ocasiona uma percepção realista da situação. A depressão pode ser de natureza reativa, surgindo como consequência de uma perda já consumada, ou preparatória, antecipando uma situação iminente (Fonseca & Barroso, 2017).



A tristeza e o sentimento de impotência estão presentes nos familiares das pessoas com TM e podem se relacionar ao mau prognóstico da doença e à impossibilidade de cura percebida por eles (Ramos et al., 2019). Além disso, sentimentos de desamparo, desânimo e tristeza profunda tornam-se presentes nos discursos dos familiares (Vicente et al., 2016).

Os resultados encontrados na pesquisa de Dourado et al (2018) mostraram que 17 dos 40 cuidadores que foram participantes da pesquisa se encontram em níveis de sintomas depressivos mínimos e leves. Esses dados são possíveis indicadores de que esses cuidadores se encontram em estado de alerta.

De acordo com Vicente et al. (2016), muitas vezes a falta de informações e de conhecimento sobre o TM pode tornar a aceitação da doença mais difícil, aumentando o sentimento de desamparo e desesperança nas famílias. Nesse momento, o suporte profissional se torna necessário tanto para a pessoa com TM quanto para a família.

A forma como os profissionais de saúde mental acolhem e informam a família e o paciente é essencial para a adesão e a aceitação do tratamento. Os acolhimentos bem-sucedidos são aqueles que se baseiam em atitudes mais humanas e empáticas, aceitando e validando os sentimentos da família, buscando compreender o seu mundo (Narvani & Hirdes, 2008). Para a análise da última fase, segue a fala dos participantes descritos na Tabela 5.

Tabela 5. Discurso dos Familiares – Aceitação

- | | |
|------------------|--|
| Aceitação | <ol style="list-style-type: none">1. “A gente aprendeu a aceitar como ela é, aprender a aceitar...” (Coser & Both, 2013).2. “Eu me culpava muito pela doença dele, agora não me culpo mais” (Borba, 2011).3. “Sabe, eu achava que era culpa minha ela ter isso, mas o que eu tinha feito de errado?” (Vicente et al., 2016).4. “Eu acho que cada dia a gente vai aprendendo mais, vai aceitando, vai caindo na realidade! [...] nós já aceitamos que ele é doente e que tem que tratar e nós é que temos que cuidar dele!” (Sant’Ana et al., 2011). |
|------------------|--|

Fonte: dados elaborados pelas autoras (2022).

De acordo com Fonseca e Barroso (2017), na aceitação, compreendem-se os limites e possibilidades impostos pela situação (doença ou iminência da morte), tratamento e mudança de hábito. Como a percepção é mais realista, há maior flexibilidade emocional para lidar com a crise. Contudo, a aceitação não representa ficar feliz, mas entender que a perda é concreta e que, ainda assim, pode-se continuar vivendo.



Quando há aceitação, percebe-se que o sujeito desiste de tentar mudar a condição de adoecimento e passa a investir em estratégias emocionais (Fonseca & Barroso, 2017). O recebimento do diagnóstico de TM gera sentimentos que caminham entre a aceitação e entendimento de algumas situações, como também a não aceitação, o medo da rotulação e da incapacidade do ente de continuar a desenvolver as suas tarefas cotidianas (Coser & Both, 2013).

A aceitação da doença é parte fundamental para o sucesso do tratamento. A pessoa com TM e sua família devem ser orientados sobre a doença e suas características, sobre o diagnóstico e prognóstico da mesma. Nesse contexto, é indispensável identificar a compreensão que as famílias têm a respeito da doença mental e as possíveis formas de cuidado à saúde (Sant'Ana, 2011).

Kübler-Ross aponta que as fases a serem atravessadas na elaboração do luto não demandam de intervenções profissionais, pois se dão naturalmente. Apesar de Ross pensar assim, a atuação do profissional poderia ajudar esse familiar a atravessar esse processo de forma mais saudável (Oliveira et al., 2020). Pensando nisso, alguns autores propõem intervenções que podem influenciar no bem-estar dessa família, os quais foram agrupados na tabela abaixo.

Tabela 6. Intervenções profissionais no processo do luto segundo alguns autores.

Autores	Intervenções
Borba (2011)	Ampliação da rede comunitária de saúde mental e de programas de reabilitação que sejam capazes de oferecer suporte às famílias.
Coser & Both (2013)	Estratégias de enfrentamento eficazes como um fator a ser incluído em intervenções junto aos familiares.
Vicente et al.(2016)	Auxiliar a família a não se centrar na doença, mas encorajá-la e incentivá-la a direcionar forças para buscar o potencial para a saúde e autonomia do seu familiar doente.

Fonte: dados elaborados pelas autoras (2022).

A rede comunitária pode ser um exemplo de rede de suporte social com a capacidade de oferecer o apoio necessário a essas famílias, tendo um papel muito importante na dinâmica das relações dos familiares de pessoas com TM. Através das redes, as pessoas tendem a mudar de comportamento, expandir sua capacidade de enfrentar situações difíceis e dolorosas e melhorar sua autoestima. Esses fatores podem ajudar a aumentar a possibilidade de uma vida melhor, contribuir significativamente na prevenção e promoção da saúde dos familiares, favorecer a autonomia e fomentar mudanças terapêuticas essenciais (Brusamarello et al., 2011).



Segundo Siqueira e Azevedo (2020), algumas estratégias de enfrentamento também são eficazes e podem proporcionar bem-estar a esses familiares, como, por exemplo, promover mudanças com relação a perturbações da situação – problema; adaptação à nova situação; aquisição de consciência da enfermidade psíquica, a recuperação e autorregulação da autoestima dessas famílias. Repensar as práticas tradicionais em saúde mental, podem ampliar o tratamento orientado para o sujeito, abrangendo sua integralidade (Alves et al., 2021).

Dentre as diversas abordagens da psicologia, a Teoria Cognitivo Comportamental tem se mostrado mais eficaz com técnicas que podem auxiliar a família a não se centrar apenas na doença, mas ajudar a direcionar as suas forças para lidar com os sentimentos em relação a um diagnóstico de TM, através da técnica de relaxamento, registros de pensamentos disfuncionais, *role play*, diário terapêutico, psicoeducação, escrita, inventários e reestruturação cognitiva (Siqueira & Azevedo, 2020).

O diagnóstico de uma pessoa com TM impõe aos seus familiares a vivência de sentimentos e emoções que, consciente ou inconscientemente, são difíceis de elaborar e entender. Isso evidencia a grande necessidade de intervenções que acolham o sofrimento apresentado, considerando a subjetividade das pessoas e favorecendo a dinâmica de ajuda mútua. Uma vez que o acolhimento profissional é feito com as famílias no início do diagnóstico, poder-se-ia evitar ou minimizar a sobrecarga sentida por esses familiares futuramente (Pereira & Pereira, 2003).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo mostraram que, na perspectiva dos familiares, há um processo de elaboração ao receber o diagnóstico de uma pessoa com TM na família. Esse processo assemelha-se às fases do luto – negação, raiva, barganha/culpa, depressão e aceitação, propostas por Elisabeth Kubler-Ross em seu livro “Sobre a morte e o morrer” (2017).

As fases da elaboração do luto serão atravessadas independentemente das intervenções profissionais, pois elas se dão naturalmente, mas, apesar disso, devido ao diagnóstico de uma pessoa com TM ser difícil para que a família elabore e entenda, essa situação evidencia a necessidade de intervenções profissionais que acolham o sofrimento apresentado por esses familiares.



Os objetivos deste estudo foram alcançados, porém, verifica-se a necessidade de ampliação de estudos sobre as reações e sentimentos dos familiares ao receberem o diagnóstico de um familiar com TM e a produção de trabalhos publicados em periódicos de psicologia, visto que a maioria dos artigos encontrados foram apresentados em revistas de enfermagem.

Destaca-se observar algumas limitações ocorridas durante este estudo, como a abundância de materiais sobre a temática da sobrecarga do familiar cuidador, e o presente trabalho ter sido uma pesquisa bibliográfica do tipo qualitativa. Observou-se também, nesta pesquisa, materiais que, em sua maioria, apresentam técnicas da Teoria Cognitivo Comportamental como forma de intervenção, a fim de auxiliar as famílias nesse processo de elaboração.

Por fim, o presente estudo sugere investigar a importância dos protocolos de acolhimento e assistência às famílias por meio de uma pesquisa interventiva sobre o manejo do acolhimento às famílias na fase de diagnóstico, sendo um grupo com protocolo interventivo, a partir das cinco fases de luto e outro grupo controle sem a permanência do acolhimento.

REFERÊNCIAS

Almeida, M. H. S., Mendonça, E. S. (2017). Um olhar à família: ressonâncias psicossociais em familiares que convivem com uma pessoa em situação de transtorno mental. *Barbarói*, (49), 1.

DOI: <https://doi.org/10.17058/barbaroi.v0i49.6617>

Alves, J. B. D. B. B., de Araújo Brandão, I., Caldas, P. S., Rodrigues, I. L. S., & Brasil, S. A. (2021). Redução de danos e saúde mental: o trabalho com a população em situação de rua no contexto da pandemia da COVID-19. *Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva*, 2, e13156-e13156. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/saudecoletiva/article/view/13156>

Baptista, B. O., Beuter, M., Girardon-Perlini, N. M. O., Brondani, C. M., Budó, M. D. L. D., & Santos, N. O. D. (2012). A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33, 147-156. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000100020>

Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.



Basso, L. A., & Wainer, R. (2011). Luto e perdas repentinas: contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 7(1), 35-43. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v7n1/v7n1a07.pdf>

Borba, L. D. O., Paes, M. R., Guimarães, A. N., Labronici, L. M., & Maftum, M. A. (2011). A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45, 442-449. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000200020>

Brasil. Ministério da Saúde. (2021). *Dia Nacional de Enfrentamento à Psicofobia alerta para o cuidado com a saúde mental*. Brasília-DF. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/abril/dia-nacional-de-enfrentamento-a-psicofobia-alerta-para-o-cuidado-com-a-saude-mental>

Brusamarello, T. et al. Famílias no cuidado à saúde de pessoas com transtorno mental: reflexos do modelo de assistência. *Saúde e Pesquisa*, v. 10, n. 3, p. 441-449, 2017. DOI: <https://doi.org/10.17765/1983-1870.2017v10n3p441-449>

Brusamarello, T., Guimarães, A. N., Labronici, L. M., Mazza, V. de A., & Maftum, M. A.. (2011). Redes sociais de apoio de pessoas com transtornos mentais e familiares. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 2011 20(1). <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000100004>

Colvero, L. de A., Ide, C. A. C., & Rolim, M. A.. (2004). Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 38(Rev. esc. enferm. USP, 2004 38(2)). <https://doi.org/10.1590/S0080-62342004000200011>

Coser, P. R., & Both, T. L. (2013). Relações Familiares: Reações da Família Frente a um Membro Portador de Transtorno Bipolar. *Revista de Psicologia da IMED*, Jan.-Jun, 2013, num. espec. v. 5, n. 1, p. 10-16. <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/37694/html>

Dalgalarrondo, P. (2018). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. São Paulo, SP: Artmed Editora.

Dias, B. V. B., Penachione, R. A., Thomaz, M. C. A., & Bendinskas, B. C. (2022). Assistência familiar ao portador de transtorno mental. *Revista Multidisciplinar da Saúde*, 4(2), 73-82. <https://revistas.anchieta.br/index.php/RevistaMultiSaude/article/view/2033>

Dourado, D. M., Rolim, J. A., de Souza Ahnerth, N. M., Gonzaga, N. M., & Batista, E. C. (2018). Ansiedade e depressão em cuidador familiar de pessoa com transtorno mental. *ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, 8(1), 153-167. <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/2377/1541>

Eloia, S. C., Oliveira, E. N., Lopes, M. V. D. O., Parente, J. R. F., Eloia, S. M. C., & Lima, D. D. S. (2018). Sobrecarga de cuidadores familiares de pessoas com transtornos mentais: análise dos serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 3001-3011. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.18252016>



Estevam, M. C., Marcon, S. S., Antonio, M. M., Munari, D. B., & Waidman, M. A. P. (2011). Convivendo com transtorno mental: perspectiva de familiares sobre atenção básica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45, 679-686. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000300019>

Fernandes, J. B., Fernandes, S. B., & Castro, F. V. (2020). Resiliência em famílias de pessoas com esquizofrenia: um estudo qualitativo. *Revista INFAD de Psicologia. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 1(2), 245-254. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2020.n2.v1.1974>

Fonseca, M. C. I., & Barroso, S. M. (2017). Luto e enfrentamento em portadores de esclerose múltipla: Diálogo com a teoria de Kübler-Ross. *Interação em Psicologia*, 21(2). DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v21i2.34531>

Gambatto, R., & Da Silva, A. L. P. (2006). Reforma psiquiátrica e a reinserção do portador de transtorno mental na família. *Psicologia Argumento*, 24(45), 25-33. <https://biblat.unam.mx/hevila/Psicologiaargumento/2006/vol24/no45/3.pdf>

Guedes, P. S. D. S., & Santos, J. D. (2020). Psicopatologias que acometem cuidadores de familiar com transtorno mental. *Revista Fatec de Tecnologia e Ciências*, 5(1). <https://www.revista.fatecba.edu.br/index.php/rftc/article/view/58>

Kübler-Ross, E. (2017). *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. São Paulo, SP: WWF Martins Fontes.

Massocatto, F. I., & Codinhoto, E. (2020). Luto Antecipatório: Cuidados psicológicos com os familiares diante de morte anunciada. *Revista Farol*, 11(11), 128-143. <https://revista.farol.edu.br/index.php/farol/article/view/262>

Melo, L. S. G. (2020). Terapia cognitivo-comportamental no processo de resolução do luto. *Pretextos-Revista da graduação em Psicologia da PUC Minas*, 5(9), 683-697. <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/24413/17102>

Menezes, C. N. B., Passareli, P. M., Drude, F. S., dos Santos, M. A., & do Valle, E. R. M. (2007). Câncer infantil: organização familiar e doença. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 7(1), 191-210. <https://www.redalyc.org/pdf/271/27170111.pdf>

Moreira, R. L., & Souza, A. M. D. (2017). A Depressão na Elaboração do Luto: contribuições da terapia cognitiva comportamental. *Revista Extensão & Cidadania*, 4(7). <https://doi.org/10.22481/recuesb.v4i7.2397>

Nascimento, K. C. D., Kolhs, M., Mella, S., Berra, E., Olschowsky, A., & Guimarães, A. N. (2016). O desafio familiar no cuidado às pessoas acometidas por transtorno mental. *Revista de Enfermagem UFPE On Line. Recife. Vol. 10, n. 3 (mar. 2016), p. 940-948*. DOI: 10.5205/reuol.8702-76273-4-SM.1003201601



Navarini, V., & Hirdes, A. (2008). A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 17, 680-688. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400008>

Netto, J. V. G. (2015). As fases do luto de acordo com Elisabeth Kübler-Ross. *Anais Eletrônico IX EPCC-Encontro Internacional de Produção Científica UniCesumar*, (9), 4-8. https://www.unicesumar.edu.br/epcc-2015/wp-content/uploads/sites/65/2016/07/Jose_Valdeci_Grigoletto_Netto_2.pdf

Oliveira, A. R. B., de Arruda, E. C., de Moraes Blogoslawski, I., & Sartori, R. S. (2020). Reflexões sobre a morte, o luto e as intervenções possíveis reflexões. *Conversas em Psicologia*, 1(1), 1-16. <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/24413>

Pereira, M. A. O., & Pereira Jr., A. (2003). Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. *Revista da Escola de Enfermagem Da USP*, 37(4). <https://doi.org/10.1590/S0080-62342003000400011>

Ramos, A. C., Calais, S. L., & Zotesso, M. C. (2019). Convivência do familiar cuidador junto a pessoa com transtorno mental. *Contextos Clínicos*, 12(1), 282-302. doi: 10.4013/ctc.2019.121.12

Rother, E. T. (2007). Revisión sistemática X Revisión narrativa. *Acta paulista de enfermagem*, 20, 2. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>

Sant'ana, M. M., Pereira, V. P., Borenstein, M. S., & Silva, A. L. D. (2011). O significado de ser familiar cuidador do portador de transtorno mental. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 20, 50-58. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000100006>

Santos, É. G. D., & Siqueira, M. M. D. (2010). Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59, 238-246. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000300011>

Simões, J. C. (2014). Síndrome de luto. *Revista do Médico Residente*, 16(2). <http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/view/598>

Siqueira, A. C., & Azevedo, D. F. (2020). Terapia do Luto: intervenções clínicas na elaboração do processo de luto. *Revista Farol*, 9(9), 341-355. <https://revista.farol.edu.br/index.php/farol/article/view/154>

Vicente, J. B., Marcon, S. S., & Higarashi, I. H. (2016). Convivendo com o transtorno mental na infância: sentimentos e reações da família. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 25. <https://doi.org/10.1590/0104-0707201600370014>