



Experiências dos familiares de pessoas com transtorno mental

Experiences of family members of people with mental disorders

Experiencias de familiares de personas con trastorno mental

Luana Idalino da Silva¹, Álissan Karine Lima Martins², Kariny Kelly de Oliveira Maia¹, Francisca Bezerra de Oliveira², Ângela Maria Alves e Souza³

Objetivou-se conhecer experiências de familiares de pessoas com transtorno mental em municípios de pequeno porte, no Alto Sertão Paraibano, Brasil. Pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, realizada com 14 familiares. A coleta de dados foi realizada nos meses de fevereiro e março de 2013, por meio da técnica história oral de vida guiada por roteiro semiestruturado de perguntas. Para análise dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo temática. Os resultados evidenciaram um expressivo sofrimento e dificuldades dos familiares no cuidar do sujeito com transtorno mental, já que se sentem sozinhos, na maioria das vezes sem apoio familiar, político e profissional. A sobrecarga desses familiares foi evidenciada pelo surgimento de doenças crônicas, uso de medicações e separação conjugal. A melhoria dos serviços de saúde existentes e a formulação de políticas municipais poderão promover uma melhor qualidade de vida a esses sujeitos.

Descritores: Saúde Mental; Atenção Primária a Saúde; Saúde da Família.

The study aims at knowing the experiences of family members of people with mental disorders in small-sized counties in the countryside of the state of Paraíba, Brazil. This is an exploratory research with qualitative approach made with 14 family members of people with mental disorders. The data collection took place in February and March 2013 through the technique of oral history of life guided by a semi-structured interview. For data analysis, we used the thematic content analysis. The results showed a significant suffering and difficulties of family members in the care of people with mental disorders, once they feel alone, most often without a family, political or professional support. The overload of these family members was evidenced by the occurrence of chronic diseases, the use of medications, and marital separation. The improvement of the existing health services and the formulation of county policies can promote a better quality of life to these subjects.

Descriptors: Mental Health; Primary Health Attention; Family Health.

El objetivo fue conocer experiencias de familias de personas con trastorno mental en municipios de pequeño porte, en el Alto Sertão Paraibano, Brasil. Investigación exploratoria, cualitativa, llevada a cabo con 14 parientes. La recolección de datos se llevó a cabo en febrero y marzo de 2013, utilizando la técnica de historia oral de vida, basada en guión semiestructurado de preguntas. Para interpretación de los datos, se utilizó el análisis de contenido temático. Los resultados señalaron expresivo sufrimiento y dificultades de la familia en la atención a la persona con trastorno mental, ya que se sentían solos, a menudo sin apoyo familiar, político y profesional. La sobrecarga de estas familias fue destacada por enfermedades crónicas, uso de medicamentos y separación matrimonial. La mejora de los servicios de salud existentes y la formulación de políticas municipales podrán promover mejor calidad de vida a estas personas.

Descritores: Salud Mental; Atención Primaria a la Salud; Salud de la Familia.

¹Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

²Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras, PB, Brasil.

³Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil.

Autor correspondente: Francisca Bezerra de Oliveira

Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n – Casas Populares – CEP: 58900-000. Cajazeiras, PB, Brasil. E-mail: oliveiraafb@uol.com.br

Introdução

Durante séculos, a loucura submeteu-se a institucionalização. Logo foi atribuída aos manicômios a função de cuidado às pessoas com transtornos mentais. Com a culpa do adoecimento mental voltada para família, o saber psiquiátrico buscou afastar o paciente do núcleo familiar, fortalecendo dessa forma, as instituições psiquiátricas e a cultura do isolamento social do louco⁽¹⁾.

Nos asilos, os sujeitos em sofrimento mental eram vítimas de violência e exclusão, surgindo, no século XX diversos questionamentos ao modelo manicomial, que culminaram em movimentos em prol da reformulação da assistência psiquiátrica. Na década de 1970, teve início o movimento da Reforma Psiquiátrica, a fim de prover humanização na assistência psiquiátrica e a reabilitação ativa do sujeito em sofrimento mental⁽¹⁻²⁾.

O movimento da Reforma Psiquiátrica viabilizou a criação do projeto de Lei Nº 3.657/89 de Paulo Delgado, que propôs a extinção progressiva dos manicômios, a construção de serviços substitutos, além da regulamentação da internação psiquiátrica compulsória, sendo consolidado com aprovação da Lei Nº 10.216, de 06 de abril de 2001⁽²⁾.

Deste modo, a Reforma Psiquiátrica propôs a implantação de um novo modelo de atendimento, desta vez com ênfase na comunidade e no território. Criando uma rede de atenção em saúde mental, incluindo serviços comunitários, atenção básica, entre outros. Estes serviços procuram contemplar a família, as relações sociais e os vínculos do sujeito que vivencia uma situação de sofrimento e acompanhá-lo dentro do território onde vive, ou seja, na comunidade, com ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação⁽³⁻⁴⁾.

A estratégia utilizada pelo Ministério da Saúde foi o redirecionamento da assistência com a implantação dos serviços de saúde mental comunitária seguindo um modelo de rede articulada. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são os serviços

estratégicos na organização de porta de entrada e regulação desta rede de atenção.

O Ministério da Saúde regulamenta por lei que a atenção psicossocial deve ser oferecida em municípios que possuam uma população mínima de 20 mil habitantes. Os municípios de pequeno porte, não possuem financiamento para implantação desse serviço, cabe a eles, estruturar ações de saúde mental junto à rede básica de saúde e equipes da ESF⁽⁵⁾.

No Brasil, existem 1.650 municípios com mais de 20 mil habitantes, porém, a maioria é de municípios de pequeno porte, representando 73% do país⁽⁶⁾. A Paraíba dispõe de 64 CAPS e possui um indicador de 1,23 CAPS por 100.000 habitantes, considerado uma cobertura assistencial muito boa⁽⁷⁾. Em suma, no estado paraibano há 23 municípios que possuem CAPS e 200 municípios de pequeno porte que estruturam a atenção em saúde mental através das Unidades Básicas de Saúde (UBS)⁽⁸⁾.

Deste modo, a atenção em saúde mental nos municípios de pequeno e médio porte é atribuída às equipes das UBS. No entanto, tal fato não significa que os municípios assumiram um projeto de saúde mental pautado nos princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Muitos desses municípios atendem essa responsabilidade por meio da internação psiquiátrica e medicalização⁽⁹⁾.

Além disso, a atenção em saúde mental nas Estratégias de Saúde da Família é fragilizada, sobretudo, pela falta de capacitação dos profissionais de saúde no lidar com o paciente em sofrimento mental, medicalização dos sintomas e dificuldade de estabelecer referência e contrarreferência, constituindo-se em um desafio para sua efetivação e assistência integral aos diferentes sujeitos/famílias⁽¹⁰⁾.

Diante desse contexto, muitas vezes os familiares são segregados da realidade cotidiana do cuidado ao sujeito em sofrimento mental. A nova forma de cuidar em saúde mental possibilitou a convivência com o paciente em sofrimento mental, impondo à família sobrecarga ao cuidar do familiar com manifestações agudas e crônicas do transtorno mental, fazem com

que o cuidador deixe de viver sua vida, causando a perda de vínculos sociais, a diminuição dos momentos de lazer e levando-os a absorver o sofrimento e assim entrando num processo social de desgaste⁽¹¹⁾.

A realização deste trabalho se justifica em razão das transformações assistenciais advindas com a Reforma Psiquiátrica exigirem uma atenção voltada ao território e ao contexto onde está inserido o sujeito em sofrimento mental. No entanto, o que se encontra é uma fragilidade na Atenção Básica, no tocante as ações de saúde mental em municípios de pequeno porte, desta forma, pressupondo-se que estes sujeitos necessitem de ações em saúde mental que visem assistir a pessoa com transtorno mental e seu familiar.

Visto isso, o estudo torna-se relevante devido ao grande número de municípios que vivenciam a inexistência de rede especializada em saúde mental. E ainda, por meio das experiências dos familiares pode-se colaborar para o direcionamento de ações e organização de serviços. Ou seja, através da avaliação da satisfação do usuário pode-se adotar novas estratégias ou melhorar as existentes para qualificar o resultado do cuidado, contribuindo para a implementação de ações que visem melhorias na assistência de saúde mental no âmbito da Atenção Básica.

Assim, o estudo tem como objetivo conhecer as experiências dos familiares de pessoas com transtorno mental em municípios de pequeno porte no Alto Sertão Paraibano, buscando-se investigar a assistência oferecida pela rede de saúde do município no âmbito da saúde mental e ainda analisar as perspectivas dos familiares de pessoas com transtorno mental acerca da vivência em município que não possui rede de saúde mental.

Método

Pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, desenvolvida nos meses de fevereiro e março de 2013 em Jericó e Mato Grosso, municípios de pequeno porte, localizados no Alto Sertão Paraibano.

Ambos não possuem serviços especializados em saúde mental estruturados no sistema de saúde local. O primeiro possui uma população estimada em 7.538 habitantes, sendo formado por 2.134 famílias, possuindo uma população de 175 indivíduos em sofrimento mental. O município de Mato Grosso, por sua vez, é constituído por população de 2.702 habitantes, sendo 776 famílias, com 101 portadores de transtorno mental distribuídos na zona rural e urbana⁽¹²⁾.

Para delimitação da participação no estudo, utilizou-se como critérios de inclusão: a) prestar cuidados ao familiar em sofrimento mental, b) ter idade igual ou superior a 18 anos, c) residir na zona urbana. Entre os critérios de exclusão estão: a) não compreender a proposta do estudo, b) incapacidade de verbalização, c) residir em zona rural, d) não aceitar a visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Participaram do estudo 14 familiares de pessoas com transtorno mental, sendo oito sujeitos do município de Jericó e seis do município de Mato Grosso. Estes foram escolhidos a partir de visitas realizadas aos ACS dos municípios, totalizando 15 ACS, tendo conhecimento do número de famílias em situação de adoecimento mental, bem como seu endereçamento e as facilidades e dificuldades de acesso pelo ACS aos familiares.

A técnica utilizada na pesquisa foi a história oral de vida, que busca a coleta de dados sobre a vida pessoal do entrevistado. Este método procura elencar narrativas e relatos, sobre um período de tempo, um fenômeno ou um fato vivido⁽¹³⁾. A análise dos dados procedeu-se por meio da técnica de análise de conteúdo na sua forma temática, que trabalha com o recorte do texto em unidades de registro e possibilita a classificação, associação das informações e elaboração de categorias temáticas⁽¹⁴⁾.

Para coleta de dados, utilizou-se como instrumento a entrevista semiestruturada, possibilitando a obtenção da fala dos sujeitos acerca de suas experiências como familiares de pessoas com transtorno mental em municípios de pequeno porte.

Deste modo, o sujeito foi abordado da forma mais oportuna possível através do questionamento: Fale-me de sua vida como cuidador (a) de uma pessoa com transtorno mental? Em seguida buscou-se interferir o mínimo possível, apenas se houvesse a necessidade de reorientar o rumo de suas falas ou esclarecer algum detalhe.

Diante das informações colhidas, o procedimento de coleta obedeceu às seguintes etapas: 1) contato inicial com os depoentes a fim de estabelecer relação de confiança pesquisador/informante; 2) esclarecimentos sobre a investigação; 3) mediante a anuência ao estudo foi iniciada a coleta de dados, sendo as informações registradas em um gravador de áudio ou agendado para outro momento de acordo com a disponibilidade do sujeito envolvido.

Ao atingir o ponto de saturação, isto é, quando os relatos tornaram-se repetitivos e não acrescentando informações novas aos depoimentos anteriores, os dados foram encerrados e assim, as informações gravadas foram transcritas de forma precisa e analisadas de acordo com a técnica de análise de conteúdo na sua forma temática. Posteriormente, procederam às etapas de pré-análise, exploração do material com a elaboração de duas categorias temáticas e a última etapa utilizada foi a de tratamento dos resultados e interpretação.

A partir da temática contida nas falas dos entrevistados, foram organizadas duas categorias: a) A família e a assistência em saúde mental, que retrata os sentimentos da família e a interação com os serviços de saúde local; b) Dificuldades e desafios do cuidado, que expõe os enfrentamentos do familiar no cuidado em saúde mental em municípios de pequeno porte.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa no Hospital Universitário Alcides Carneiro- Universidade Federal de Campina Grande, com parecer favorável do processo CAAE N° 13731313.7.0000.5182. Os sujeitos do estudo foram categorizados em seus discursos através de codificações (S1 a S14) para preservação do anonimato dos mesmos. Houve a aplicação do TCLE assinado

pelos familiares, contendo informações sobre a pesquisa dentre elas, a justificativa, os objetivos e os procedimentos utilizados.

Resultados

Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Foram entrevistados 14 sujeitos familiares: treze mulheres e um homem. Segundo o grau de parentesco, sete eram mães, três esposas, uma irmã, um pai, uma filha e uma avó. A faixa etária do cuidador esteve concentrada entre adulta e idosa, variando entre 30 a 74 anos.

No tocante ao estado civil, sete sujeitos eram casados, três separados, dois viúvos e dois solteiros. Há predominância significativa daqueles que cursaram o ensino médio, tendo apenas dois com nenhuma escolaridade, dois com ensino superior incompleto e um, completo. A existência de vínculo empregatício é realidade para quatro dos entrevistados, desempenhando funções de ACS, auxiliar de serviço, gerente comercial e professora. Quatro são aposentados, quatro são donas de casa, uma agricultora e uma desempregada, apresentam renda maior ou igual a dois salários mínimos, apenas dois apresentaram renda menor ou igual a um salário mínimo.

A família e a assistência em saúde mental

Durante a pesquisa, ao serem estimulados a falar de sua vida como cuidador de uma pessoa com transtorno mental, a maioria dos sujeitos relatou ter uma vida permeada por sofrimento e dificuldades, pois lidar com uma pessoa com esse tipo de problema representa para eles esforço, dedicação e empenho. Ainda, é citada como uma vida apreensiva e tensa, uma vez que o transtorno impregna-se na vida dessas pessoas, que esperam os comportamentos estranhos e as crises a qualquer momento. A preocupação e a sensação de angústia também são apontadas pelos

familiares diante das impossibilidades e limitações, isto é, o lidar com um problema que dizem não saber como resolver, conforme evidenciam as seguintes falas: *Me sinto preocupada, às vezes a gente fica com aquela angústia de estar com um problema que a gente não pode resolver, a gente fica sofrendo sem dar jeito, tem vontade, mas não pode* (S3 Jericó). *É sofrido, porque você sabe a pessoa cuidar de duas pessoas assim, é meio sofrido* (S6 Mato Grosso). *Conviver com uma pessoa com transtorno é muito complicado, primeiro porque você automaticamente também se abala ... Então é uma vida bem apreensiva, você vive com medo de tudo, com medo dela entrar em crise* (S14 Jericó).

Por vezes, os discursos dos sujeitos expressaram de forma acentuada a sobrecarga da convivência com o familiar adoecido. Com o detalhamento dessa convivência, percebe-se a ocorrência de doenças crônicas, o uso de medicações indutoras do sono, a separação do cônjuge, as lesões físicas e a depressão. Como vemos nas falas a seguir: *Porque assim geralmente eles não conversam coisas que lhe agrada, ele fala muita coisa repetitiva que geralmente cansa a sua mente. Então quando você tá convivendo com aquela pessoa, o dia é cansativo, de noite quando você dorme você consegue passar a noite inteira sonhando com aquelas coisas que você viveu durante o dia... você vive praticamente como se andasse lado a lado com aquele problema e de alguma forma esse problema ele te atinge* (S14 Jericó). *Porque devido esse problema que eu enfrento minha pressão ficou muito alta... Eu não sei se minha separação tem haver com C., pode ser, às vezes eu acho... eu me ocupei muito com o problema dele e o pai dele não se preocupou como eu, não teve trabalho como eu* (S12 Mato Grosso).

A sobrecarga dessas pessoas, diante da convivência com um sujeito em sofrimento mental na família, vem causando diversas implicações em suas vidas, sendo comum a separação do casal, uma vez que a mulher ocupa-se mais com o cuidado, dedica-se excessivamente e acaba sobrecarregada. Identifica-se também o uso de medicações para acalmar e estabilizar os padrões normais de sono, de alimentação e ainda as agressões físicas e psíquicas, já que as vítimas mais próximas são os familiares. Para tanto, devido à dedicação excessiva para prestação de um cuidado adequado ao parente, o familiar vai

privando-se da própria vida e conseqüentemente surge a sobrecarga física e psíquica.

Com o intuito de investigar a assistência de saúde que chegava até essas famílias nos referidos municípios, foi questionado quais os serviços que a cidade dispunha para o atendimento em saúde mental. Com significativa predominância, nove sujeitos, responderam que não conheciam ou mesmo que nunca haviam sido informados da existência de um serviço de saúde que prestasse assistência em saúde mental, outros dois responderam nunca ter procurado, um sujeito do município de Jericó relatou que atualmente há uma ligação do município com o CAPS de Sousa, no entanto, durante a primeira vez que precisou do serviço não existia esse vínculo, e dois do município de Mato Grosso responderam que havia o serviço prestado no Centro de Saúde e na Casa da Família, e que sempre que precisava, procurava estes serviços, conforme seguem nos depoimentos: *Não, nunca vieram aqui, nunca, nunca, Jericó velho é tampado (isolado)* (S1 Jericó). *É nessa área de saúde mesmo que tem ai em cima, no centro de saúde, na casa da família, já foi preciso ir lá* (S12 Mato Grosso).

Diante do exposto, pode-se perceber a fragilidade encontrada em ambos os municípios para o desenvolvimento de ações de saúde mental na atenção básica. As equipes de saúde da família, por mais que conheçam a realidade das famílias que compõem sua área de abrangência, muitas vezes padecendo de um sofrimento psíquico, não prestam os cuidados devidos a essa população e acabam por reproduzir o modelo psiquiátrico hegemônico. Desta forma, os familiares sentem-se sozinhos no cuidado e procuram serviços para hospitalização e medicalização do parente, como nota-se nas falas a seguir: *Procurei tudo no mundo, não vou mentir. Bati por João Pessoa por todo canto, só não fui para São Paulo. O povo dizia médico fulano é bom, médico fulano é bom, fretava carro, basta tomar remédio, ai era que piorava. Foi internada em João Pessoa passou um mês internada* (S1 Jericó). *O médico dele é de Caicó Doutor S., só que ele toma esse medicamento, só que nunca tem uma melhora, ele só se acalma um pouquinho* (S7 Mato Grosso).

Ainda neste sentido, perguntou-se aos

entrevistados se eles já haviam necessitado da ajuda de algum profissional de saúde e qual profissional havia procurado. Em resposta a esse questionamento, oito responderam que já haviam precisado e sempre precisavam diante das situações que vivenciavam.

Na maioria das vezes indicaram o médico como o profissional mais procurado diante dos momentos difíceis, aparecendo também o assistente social em duas falas, como um profissional que ajuda no aconselhamento de membros da família e no direcionamento de serviços para assistência. O agente comunitário de saúde também foi apontado e o enfermeiro foi indicado em uma fala, para a administração de medicações. Os que responderam nunca ter procurado ajuda de profissional de saúde explicaram que sabiam da inexistência de pessoal qualificado para assistência ou não procurava porque o familiar não tomava medicação: *Médico a gente às vezes precisa. Muitas vezes já fui atendida pelo médico, umas vezes atende outras não atende né? Assim mesmo graças a Deus eu fui atendida* (S2 Jericó). *Já, o enfermeiro, para algumas medicações que mamãe precisou tomar principalmente as injetáveis no período que ela teve um surto eu precisei* (S14 Jericó).

Pode-se perceber que ainda existe no imaginário desses sujeitos o modelo médico-centrado, onde o médico é a figura que prescreve a medicação, isto é, que proporciona a solução do problema. Com isso, a atenção concentra-se no cuidado biológico em detrimento das possibilidades terapêuticas relacionadas ao vínculo e acolhimento na e com a comunidade.

Dificuldades e desafios do cuidado

Como resultado ao questionamento se os familiares enfrentavam dificuldades no cuidado de seu parente com transtorno mental no seu município, uma significativa porção apontou ter dificuldades no cuidado em seus municípios, já que se sentem sozinhos, não tem apoio de outras pessoas da família, políticos ou profissional de saúde enfrentando o cuidado com a alimentação, medicação, hospitalização,

dentre outros. Além disso, relataram a necessidade de pessoas qualificadas para realizar a escuta e o aconselhamento de seus familiares, evidenciadas nas falas a seguir: *Tem sim dificuldade, uma pessoa como ele precisa, quando mais de uma pessoa para conversar, fazer como a história umas conversas sadias, ajuda. Para mim é bom também porque você lá fora não sabe da minha vida em casa, aí você conversando comigo entende, alguma coisa que eu falar você entende* (S3 Jericó). *Enfrento, porque não tenho ajuda de ninguém, só eu sozinha é que levo no médico, é quem dou remédio, é quem compro a comida, quem ajudo ela* (S10 Jericó). *Enfrento dificuldades porque não tenho como levar ele para outro lugar, porque sou só, não tenho transporte* (S8 Mato Grosso).

Também foram apontadas como dificuldades a falta de assistência médica especializada, a dificuldade de se transportar para outros municípios, para um acompanhamento particular, com gastos com transporte e até mesmo com medicação: *A viagem era muito cansativa, quando era para gente ir, que eu marcava a consulta, mamãe já ficava sem dormir porque ela ficava apreensiva, porque achava cansativo demais e ela ficava muito sonolenta durante a viagem e, não conseguia relaxar, ela ficava muito tensa ... Então para mim estar levando ela para outra cidade com o problema que ela tem é muito difícil* (S14 Jericó). *Tem, justamente, a dificuldade é essa porque não tem o profissional da área, o acesso é mais difícil, porque se tem o profissional da área, se tem o psiquiatra aqui, você não precisa ir nem para Sousa, nem para Caicó, nem para outros cantos que vão? Aí tem a questão, esse médico, o de Sousa está certo, foi público. Mas o de Caicó é particular, consulta sempre é cara, paga retorno, paga tudo, tem a questão do transporte, do carro, tudo isso é difícil, é custo e alto, e a medicação também não tem na rede pública, a medicação não tem* (S9 Jericó).

Desta forma, os familiares encontram-se em uma situação de sobrecarga, já que sofrem com as despesas, com o tempo para conseguir o atendimento nesses serviços, pelo cansaço propiciado pela quantidade de viagens e distância percorrida, ou mesmo por deixar seu parente internado em um lugar tão distante.

Além disso, são apontados problemas relacionados ao enfrentamento de situações de preconceito da população para com o sujeito em

sofrimento mental, como se pode notar no discurso a seguir: *mas não deixo sair de casa porque vejo o que o povo faz com os outros que tem problema mental, ficam xingando, mangando* (S8 Mato Grosso).

Somente três pessoas do município do Mato Grosso e uma de Jericó apontaram não ter nenhuma dificuldade, pois disseram nunca ter precisado de nenhum serviço, ou receber ajuda dos familiares, ou atendimento médico e de outros profissionais, como apontados nos depoimentos subsequentes: *Não tem dificuldades, logo eu não saio de casa mais ela, quando eu saio é para casa de minha família. Ela vai para casa da família, ela dança mais todo mundo, mais eu, o encontro é para mim mas ela disse que eu também posso levar ela* (S11 Mato Grosso). *Não, pelo contrário, eles ajudam, ajudam no que eu precisar* (S12 Mato Grosso). *Não, porque eu nunca procurei nada aqui, eu não sei nem como é, se eu procurar, se eu vou ter essa ajuda* (S13 Jericó).

Deste modo implica dizer, que outros membros da família desempenham um papel fundamental, fornecendo apoio e companhia a pessoas com transtorno mental e seus cuidadores. A atenção voltada a esses sujeitos por profissionais, como enfermeiro, médico ou ACS, pode ser uma informação, um atendimento simples ou uma conversa, é reconhecida com grande importância, oferecendo suporte e alívio diante das situações que vivenciam.

Discussão

Estudos mostram achados semelhantes apontando a figura feminina no papel de cuidadora principal, já que é incorporada à mulher a tarefa de fornecer cuidados à família e aos necessitados⁽¹⁵⁾. Percebe-se ainda, que algumas pessoas deveriam estar na posição de pessoa cuidada, por serem idosas e muitas vezes apresentarem dificuldades no cotidiano e, no entanto, assumem o papel de cuidadores que lhes é imposto⁽¹⁶⁾.

A família é o órgão que acolhe e ajuda o sujeito em sofrimento mental e, portanto, está exposta ao desafio de lidar com os acontecimentos imprevistos e conviver com seus próprios preconceitos relacionados

ao transtorno. Assim, cabe à família tentar harmonizar o ambiente, uma vez que conviver em grupo requer o reconhecimento das singularidades de cada um. Neste sentido, a grande dificuldade de conviver com um sujeito em sofrimento mental é devido muitas vezes, às atitudes agressivas, o isolamento social, a imprevisibilidade de ações e a falta de afeto.

O sofrimento que atinge a família está atrelado às adversidades de conviver com um familiar com transtorno mental, são comportamentos e sintomas que se arrastam, desequilibra, desnorteia e dificulta a relação familiar. Além disso, a família encontra-se diversas vezes sem informações acerca da melhor forma de cuidar do seu parente, sentindo-se inseguros, amedrontados e desamparados⁽¹⁶⁾.

Os sentimentos de dificuldades são expressos pelos familiares por diversos fatores, como vigiar o paciente o tempo todo, auxiliar na alimentação, no banho, na medicação, impossibilidade de lazer ou vínculo empregatício que poderão resultar em sobrecarga emocional, social e financeira para a família. Mostra também, que esses indivíduos ante tantas atribuições sem recursos psíquicos e físicos, vivem em situação de alerta, causando nervosismo, angústia e estresse⁽¹¹⁾.

Assim sendo, baseando-se na sobrecarga acarretada ao núcleo familiar pelas pessoas com transtorno mental, os serviços de saúde devem elaborar e desenvolver programas que visem atender as necessidades dos familiares seja frente ao primeiro episódio de sofrimento mental ou frente àqueles indivíduos com várias internações psiquiátricas. Deste modo, o Ministério da Saúde a partir da Portaria N° 224 das diretrizes da Saúde Mental, propõe que a família seja atendida em todos os serviços, qualquer que sejam⁽¹⁷⁾.

Apesar dessas orientações, percebe-se que em grande parte dos casos a atenção básica não planeja uma assistência que atenda de forma integral as questões de saúde, visam muitas vezes apenas às manifestações biológicas, bem como as ações de saúde mental ficam ausentes já que o usuário

com sofrimento psíquico configura-se como um elemento desestabilizador da rotina assistencial dos profissionais⁽¹⁶⁾.

Outra característica apontada nos estudos tem sido o atendimento médico-centrado ainda como estratégia de trabalho da equipe⁽⁹⁾. O enfermeiro, por sua vez, aparece no desenvolvimento de intervenções básicas, não desempenhando o papel de cuidado ao sujeito e seu familiar, por meio do conhecimento de seus problemas, acolhimento, escuta, inclusão em atividades coletivas ou mesmo intervenções que minimizem as situações conflitantes, formando um vínculo e compromisso com esses sujeitos ou até mesmo encaminhando-os para serviços especializados⁽¹⁸⁾.

Diante do cenário de mudanças que norteia as políticas e práticas em saúde, faz-se necessário ofertar atenção de forma integral aos sujeitos, utilizando novas práticas de cuidado que visem autonomia e integralidade. Desta forma, é essencial a formação de novos saberes e fazeres, especialmente para o enfermeiro, que está presente nos diversos cenários e equipes de atenção a saúde⁽¹⁸⁾.

Os profissionais de saúde formam uma visão idealista de que a família está sempre pronta para cuidar, proteger, construir identidade e vínculos relacionais de pertencimento, proporcionando ao sujeito melhor qualidade de vida e inserção social. No entanto, devem considerar que a família vive em um determinado contexto e momento que suas potencialidades podem estar comprometidas e, portanto, surgem as dificuldades e necessidades de apoio⁽¹⁹⁾.

Tendo em vista as dificuldades e desafios desses sujeitos, os municípios devem juntamente com a população, os profissionais de saúde, usuários e familiares desenvolver ações de saúde que possibilitem a atenção em saúde mental e, portanto, exige um empenho dos gestores para um maior investimento em recursos para a equipe de Saúde da Família para que se possa construir uma rede de cuidados e inclusão social^(9,20).

Pesquisas neste campo têm indicado pouco investimento em capacitação dos profissionais da ESF para o atendimento em saúde mental⁽²¹⁾. Os enfermeiros, por exemplo, têm consciência do trabalho que deveriam realizar para atender esta demanda, no entanto sentem dificuldades e pouco capacitados, além de alegar a falta de uma equipe multidisciplinar para realização do cuidado⁽²²⁾.

O município, ainda pode contar com serviços de referência em saúde mental, que atenda gratuitamente a população não acarretando tanto desgaste aos sujeitos. Desta forma, além de produzir um maior conforto, diminui a sobrecarga econômica acarretada à família que irá arcar com despesas com serviços particulares e nenhuma contribuição por parte do familiar adoecido.

Foi criado um estereótipo em volta da loucura como um incômodo para a sociedade por considerarem o louco uma pessoa suja, estranha, que agia diferente do comum e, a partir disso, foram excluídos. Assim, foi instituído um padrão entre o que é adequado ou não. Para tanto, cabe a orientação e o esclarecimento à população acerca dos transtornos mentais, visando diminuir os preconceitos e estigmas, já que estas ações podem levar ao isolamento social do sujeito e familiar⁽²¹⁾.

Para isso, faz-se necessário o incremento das parcerias que fortaleçam as relações com outros membros da família, microssistemas ou macrossistemas como rede de apoio social e parceiros no enfrentamento da vivência com uma pessoa com transtorno mental, além disso, os profissionais também devem fazer parte dessa rede de apoio formando vínculos com esses indivíduos e fazendo com que os serviços de saúde sejam espaço de escuta, acolhimento, afeto e liberdade⁽³⁾.

Considerações Finais

Apesquisa possibilitou conhecer os sentimentos dos familiares dos municípios de pequeno porte acerca do convívio com os sujeitos com transtornos mentais,

apresentando como resultado um expressivo cansaço, angústia e sofrimento. Foram comuns aspectos de sobrecarga física, psíquica e financeira, evidenciadas pelo uso de medicações indutoras do sono ou mesmo pela desorganização da rotina e do convívio familiar.

No tocante a ações em saúde mental na atenção básica dos municípios, há a fragilidade, já que não desempenham o papel de assistência ao sujeito em sofrimento mental e sua família de forma efetiva, tornando-se frequente o uso de serviços privados de municípios distantes, o que acarretou expressões de falta de apoio e gastos com transporte, consultas médicas e medicações. Sendo assim, vale enfatizar que a ESF, diante de sua localização próxima à população, tem a facilidade de conhecer os sofrimentos dessas famílias e a partir disso desenvolver ações de acolhimento e escuta, bem como minimizar situações de estresse e encaminhar para serviços especializados ocorrências mais complexas. Tudo isso, através do atendimento de médicos, enfermeiros e psicólogos.

O profissional de enfermagem por sua vez, tem como responsabilidade desempenhar ações que auxiliem o familiar no cuidado, gerando sua autonomia. Nesse caso, deve-se empoderar os familiares no cuidado ao parente em sofrimento mental, enfatizando que exige desprendimento, força, coragem e reconhecimento de suas singularidades, para que todas suas necessidades sejam atendidas.

Deste modo, o estudo apresenta a avaliação dos sujeitos sobre assistência em saúde mental oferecida em municípios de pequeno porte, apontando a necessidade de atenção voltada a essas famílias que tanto sofrem, por meio dos gestores e equipe da ESF. Propõe-se, portanto, melhoria dos serviços de saúde existentes e a formulação de políticas municipais que busquem atender essa demanda e promover melhor qualidade de vida a esses sujeitos.

Colaborações

Silva LI contribuiu para concepção do trabalho, coleta de dados, análise, interpretação dos dados,

redação do artigo e revisão da versão a ser publicada. Maia KKO contribuiu para redação do artigo. Martins AKL contribuiu na orientação da pesquisa, redação do artigo, revisão e aprovação final da versão a ser publicada. Oliveira FB e Souza AMA contribuíram com a revisão do artigo.

Referências

1. Santin G, Klafke TE. A família e o cuidado em saúde mental. *Barbarói*. 2011; 34:146-60.
2. Marciel SC. Reforma psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões. *Cad Bras Saúde Mental*. [periódico na internet] 2012 [citado 2014 fev 10]; 4(8):73-82. Disponível em: <http://periodicos.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2021/2307>
3. Lavall E, Olschowsky A, Kantorski LP. Avaliação de família: rede de apoio social na atenção em saúde mental. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009; 30(2):198-205.
4. Antonacci MH, Pinho LB. Saúde mental na atenção básica: uma abordagem convergente assistencial. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011; 32(11):36-42.
5. Oliveira EFA, Garcia MLT. A política de saúde mental no estado do Espírito Santo. *Rev Katálysis*. 2011; 14(1):50-8.
6. Tribunal de Contas da União (BR). Auditoria no Sisnad: TCU verifica insuficiência de CAPS no Brasil, 2012 [Internet]. [citado 2012 jan 29] Disponível em: http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/imprensa/noticias/detalhes_noticias?noticia=4217499
7. Ministério da Saúde (BR). Saúde mental em dados - 9, ano VI, nº 9. Informativo eletrônico [internet]. Brasília, 2011 [citado 2012 dez 13]. Disponível em www.saude.gov.br/bvs/saudemental
8. Fulfaro M. Serviços de saúde mental gratuitos, 2010 [Internet]. [citado 2012 dez 12]. Disponível em: <http://www.marianaterapeutaocupacional.com/servicos-de-saude-mental-gratuitos/>
9. Luzio CA, L'abbate S. A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(1):105-16.

10. Silveira DP, Vieira ALS. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(1):139-48.
11. Cavalheri, SC. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(1):51-7.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades [Internet]. [citado 2012 dez 12]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>
13. Silva VP, Barros DD. Método história oral de vida: contribuições para a pesquisa qualitativa em terapia ocupacional. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2010; 21(1):68-73.
14. Cardoso LC, Vieira MV, Ricci MAM, Mazza RS. The current perspectives regarding the burden on mental health caregivers. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 42(2):513-7.
15. Estevam MC, Marcon SS, Antonio MM, Murani DB, Waidman MAP. Living with mental disorders: family members' perspective have on primary care. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(3):679-86.
16. Ministério da Saúde (BR) Portaria nº 224/SNAS/MS/INAMPS, de 29 de janeiro de 1992. Estabelece as diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 1994.
17. Neves HG, Lucchese R, Munari, DB. Saúde Mental na atenção primária: necessária constituição de competências. *Rev Bras Enferm*. 2010; 66(4):666-70.
18. Ribeiro LM, Medeiros SM, Albuquerque JS, Fernandes SMBA. Mental health nursing and the family health strategy: how the nurse is working? *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(2):376-82.
19. Borba LO, Paes MR, Guimarães NA, Labronici LM, Maftum MA. The family and the mental disturbance carrier: dynamics and their family relationship. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(2):442-9.
20. Ramos LS, Beck CLC, Silva GM, Silva RM, Dissen CM. Round-table discussion in the process of mental health continuing education. *Rev Rene*. 2013; 14(4):845-53.
21. Ventura CAA, Brito ES. Pessoas portadoras de transtornos mentais e o exercício de seus direitos. *Rev Rene*. 2012; 13(4):744-54.
22. Ribeiro LM, Medeiros SM, Albuquerque JS, Fernandes SMBA. Mental health nursing and the family health strategy: how the nurse is working? *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(2):376-82.