



Universidade Federal
de Campina Grande

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE- UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES- CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM- UAENF
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

LUANA IDALINO DA SILVA

**EXPERIÊNCIAS DOS FAMILIARES DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL
EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE**

**CAJAZEIRAS – PB
2013**

LUANA IDALINO DA SILVA

**EXPERIÊNCIAS DOS FAMILIARES DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL
EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da Unidade Acadêmica de Enfermagem do Centro de Formação de Professores, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial de obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Ms. Álissan Karine Lima Martins.

**CAJAZEIRAS – PB
2013**



Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

S586e Silva, Luana Idalino da
Experiências dos familiares de pessoas com
transtorno mental em municípios de pequeno porte./
Luana Idalino da Silva. Cajazeiras, 2013.
68f.

Orientadora: Álissan Karine Lima Martins
Monografia (Graduação) – UFPG/CFP

1. Pesquisa
1. Saúde mental. 2. Saúde da família. 3. Atenção
primária à saúde – transtorno mental. I. Martins,
Alissan Karine Lima. II. Título.

4. Transtorno mental

UFPG/CFP/BS

CDU- 616.89

LUANA IDALINO DA SILVA

**EXPERIÊNCIAS DOS FAMILIARES DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL
EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da Unidade Acadêmica de Enfermagem do Centro de Formação de Professores, da Universidade Federal de Campina Grande como requisito parcial de obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em ___ / ___ /2013

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Ms. Álissan Karine Lima Martins
Orientadora (UAENF/CFP/ UFCG)

Prof.^a Dr. Francisca Bezerra de Oliveira
Membro (UAENF/CPF/UFCG)

Prof.^a Ms. Sofia Dionizio Santos
Membro (UAM/ CFP/ UFCG)

DEDICATÓRIA

A minha família, com
todo amor e carinho.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus a quem eu confio toda a minha vida, pela a força e o discernimento que me conferiu ao longo dessa caminhada. Venci por meio da sua proteção.

Em especial ao meu pai vô (in memoria) que amo tanto. Sei que hoje posso mostrar ao senhor que cresci e cuido do outro pelo menos com um pouco de carinho e zelo como sempre cuidou de mim. Meu muito obrigado por ter sido um pai tão maravilhoso, que me ensinou que devemos fazer tudo que é bom, e assim teremos um amor tão grande que não caberá no nosso peito. O senhor serviu e sempre servirá de exemplo para a minha vida. Meu sentimento hoje é o desejo de que o senhor estivesse aqui para me ver terminar essa caminhada tão longa e de forma vitoriosa, mas sei que mesmo assim está do meu lado e espero que esteja orgulhoso.

Aos meus pais pela paciência esforço, coragem de trabalho, apoio e incentivo. Devo a realização desse sonho a vocês.

Aos meus irmãos pelas atitudes de apoio, pelas conversas e brigas que me ensinaram a crescer e vencer na vida.

Ao meu amado noivo que sempre esteve comigo me apoiando e incentivando, meu muito obrigado pela compreensão e carinho dedicados a mim.

A minha querida professora orientadora, Álissan Karine, pelo apoio e ensinamentos, que levarei para toda minha vida. Dedico à senhora minha admiração e respeito.

As minhas irmãs de coração, que Deus colocou no meu caminho ao longo desses anos, Tamirys Ramos, Eliziane Guimarães e Rayane Rândla, pela amizade, confiança, paciência e risos que me conferiram nesse tempo. Foi muito bom vocês por perto. E que seja eterno.

Aos professores do Centro de Formação de Professores, que contribuíram para minha formação, pela doação, compreensão e parceirismo.

Aos participantes da pesquisa que de forma esperançosa me ajudaram e se doaram.

*Vi ontem um bicho
Na imundice do pátio
Catando comida entre os detritos.*

*Quando achava alguma coisa,
Não examinava nem cheirava
Engolia com voracidade*

*O bicho não era cão
Não era um gato
Não era um rato.
O bicho, meu Deus, era um homem.*

(Manuel Bandeira)

RESUMO

SILVA, L. I. da. **Experiências dos familiares de pessoas com transtorno mental em municípios de pequeno porte.** 67f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem)- Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2013.

Durante anos a loucura submeteu-se a institucionalização, que causou o distanciamento da família dentro do processo de atenção em transtorno mental, no entanto, com a Reforma Psiquiátrica, que propõe mudanças assistenciais, o papel do familiar passou a se enfatizado como parceiro no cuidado em saúde mental. Apesar desses ganhos, surgem limitações no cuidado quando consideramos os municípios de pequeno porte, em que a atenção em saúde mental encontra-se desarticulada, gerando sobrecarga para a família da pessoa em sofrimento mental. Assim, o estudo tem como objetivo conhecer as experiências dos familiares de pessoas com transtorno mental frente à inexistência de rede em saúde mental, em municípios de pequeno porte, no Alto Sertão Paraibano. Pesquisa de natureza exploratória com abordagem qualitativa, realizada com 14 familiares de pessoas com transtorno mental nos municípios de Jericó e Mato Grosso. Para a coleta de dados utilizou-se a técnica história oral de vida e como instrumento de coleta, a entrevista semi-estruturada. Foram realizadas visitas aos ACS para se conhecer o número de famílias com parentes em sofrimento mental, em seguida foi realizado um contato com os depoentes e na oportunidade foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, posteriormente iniciou-se a coleta de dados. Os resultados evidenciaram um expressivo sofrimento e dificuldades por parte dos familiares no cuidar de um sujeito com transtorno mental, já que se sentem sozinhos, não tem apoio da família, políticos ou profissionais de saúde, além de relatarem a dificuldade de se transportar para outros municípios, com gastos com transporte, consultas e com medicação, além do preconceito sofrido. Diante disso, encontrou-se a sobrecarga desses familiares evidenciada pelo surgimento de doenças crônicas, uso de medicações e separação conjugal. Situação que se agrava com o desconhecimento pela maioria dos serviços de saúde com ações em saúde mental oferecidos pelos municípios, mostrando a fragilidade da atenção básica que não proporciona cuidados a essa população e acaba por reproduzir o modelo psiquiátrico manicomial. Os municípios não dispõem de estratégia para atender os familiares nos momentos de crises de seus parentes e não contam com serviços de referência em saúde mental. Deste modo, o estudo mostra a necessidade de atenção por meio dos gestores, equipe da ESF a essas famílias. Portanto, propõe-se uma 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.

Palavras-chave: Saúde Mental. Atenção Primária a Saúde. Saúde da Família.

ABSTRAT

SILVA, L. I. da. **Experiences of family members of people with mental disorder in small municipalities.** 67f. Completion of Course Work (Graduation in Nursing)- Federal University of Campina Grande, Cajazeiras, 2013.

For years the madness underwent institutionalization, that caused the detachment of the family in the process of attention to mental disorders, however, with the Psychiatric Reform, which proposes changing assists, the role of the family came to be emphasized as a partner in mental health care. Despite these gains, limitations arise in care when we consider the small municipalities, in which mental health care is disjointed, creating burden for the family of the person in mental distress. So, the study aims to know the experiences of family members of people with mental disorder across the network in the absence of mental health, in small municipalities, the hinterland of Paraiba. Exploratory search for qualitative approach, held with 14 family members of people with mental disorder in the cities of Jericho and Mato Grosso. For data collection, we used the technique of oral history and life as a collection tool, the semi-structured interview. Visits were made to the Community Health Agent to know the number of families with relatives in mental distress then was made a contact with the interviewees opportunity and signed the Instrument of Consent, later began collecting data. The results showed a significant hardship and suffering by the family in caring for an individual with mental disorder, since they feel alone, has no family support, political or health professionals, besides report the difficulty of transporting to other municipalities, with transport costs, consultations and medication, beyond prejudice suffered. Given this, met the burden of these families as evidenced by the emergence of chronic diseases, medications and marital separation. This situation is aggravated by the ignorance by the majority of health services with mental health actions offered by municipalities, showing the weakness of primary care that provides no care to this population and ultimately reproduce the model psychiatric asylum. Municipalities do not have the strategy to meet the family in times of crises and their relatives do not have referral services in mental health. Thus, this study shows the actual shape and need attention by the managers, team the Family Health Strategy these families. Therefore, proposes an improvement of the existing health services and the formulation of municipal policies that seek to meet this demand and to promote a better quality of life for these individuals.

Keywords: Mental health. Primary Health Care. Family Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização dos sujeitos da pesquisa dos municípios Jericó-PB e Mato Grosso-PB, 2012 _____ **35**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CFP	Centro de Formação de Professores
DISAN	Divisão Nacional de Saúde Mental
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PB	Paraíba
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UACV	Unidade Acadêmica de Ciência da Vida
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
2.1 ATENÇÃO À LOUCURA AO LONGO DOS TEMPOS.....	16
2.2 A SAÚDE MENTAL E A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	19
2.2.1 Assistência em saúde mental nos municípios de grande e médio porte.....	19
2.2.2 Assistência em saúde mental nos municípios de pequeno porte.....	21
2.3 A FAMÍLIA NO CONTEXTO DO CUIDAR EM SAÚDE MENTAL.....	23
2.3.1 A família.....	23
2.3.2 O papel da família em saúde mental.....	24
2.3.3 Impactos do transtorno mental na família.....	25
2.3.4 Intervenções de enfermagem ao familiar cuidador do sujeito com transtorno mental.....	26
3 METODOLOGIA.....	28
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	28
3.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....	29
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	29
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	30
3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	30
3.6 ANÁLISE DE DADOS.....	31
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	32
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	34
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA.....	34
4.2 CATEGORIAS EMERGENTES DOS DISCURSOS.....	36
4.2.1 Categoria 1- A família e a assistência em saúde mental.....	36
4.2.2 Categoria 2- Dificuldades e desafios do cuidado.....	41
4.2.3 Categoria 3- Vivendo sem rede de saúde mental.....	44
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
REFERÊNCIAS.....	48
APÊNDICES.....	55
APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
APÊNDICE B- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	
ANEXOS.....	61
ANEXO A- DECLARAÇÃO INSTITUCIONAL DO MUNICÍPIO DE JERICÓ	
ANEXO B- DECLARAÇÃO INSTITUCIONAL DO MUNICÍPIO DE MATO GROSSO	
ANEXO C- DOCUMENTO ENCAMINHADO PLATAFORMA BRASIL	

1 INTRODUÇÃO

Durante séculos, a loucura submeteu-se a institucionalização. Logo foi atribuída às instituições psiquiátricas a função de cuidado ao doente mental, buscando reproduzir um espaço fictício do modelo familiar. Nestas instituições, os loucos passavam por um tratamento fundamentado na formação moral e social e eram submetidos ao isolamento e a exclusão, havendo o distanciamento de seus familiares, já que estes eram considerados como estímulos negativos relacionados ao desenvolvimento de transtornos mentais. Com isso, a família foi afastada dos cuidados ao familiar em sofrimento psíquico, subsidiada pelo paradigma de exclusão do doente mental (PESSOTTI, 1996 apud MORENO; ALENCASTRE, 2003; SPADINI; SOUZA, 2006).

A partir das condições de violência e exclusão que eram impostas ao sujeito em sofrimento mental nos asilos, surgiram diversas críticas ao modelo asilar com o fim da Segunda Guerra Mundial. Neste sentido, iniciaram-se vários movimentos de reformulação da assistência psiquiátrica em diversos países da Europa, incluindo a França, a Inglaterra, a Itália, e os Estados Unidos, propondo a desospitalização do doente mental e, portanto, retorno à família e à comunidade (CIRILO, 2006).

No Brasil, a partir do final da década de 1970, com o processo de redemocratização do país, ocorreu paralelamente o movimento da Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica. Estas lutas ocorreram em prol de ganhos por uma saúde pública de acesso universal e caminharam juntas pela busca por uma assistência psiquiátrica mais humana e voltada para a melhoria da qualidade de vida por meio da ampliação das redes afetivas e sociais. Esses debates acerca dos rumos e diretrizes da saúde culminaram na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (CAVALCANTE, 2008).

A Reforma Psiquiátrica por sua vez, foi impulsionada pelo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental que reunia trabalhadores em saúde mental, familiares e usuários com longo histórico de internação a fim de denunciar a violência dos manicômios, a mercantilização da loucura e fazer uma crítica ao modelo hospitalocêntrico na assistência à pessoa com transtorno mental. Iniciou-se, portanto uma longa luta pela desospitalização do doente e pela busca de sua cidadania (AMARANTE, 2007; BRASIL, 2005).

Um dos ganhos advindos pela Reforma Psiquiátrica foi o 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 N° 10.216, de 6 de abril de 2001. Este movimento provocou uma mudança na concepção acerca da doença mental que, junto com a institucionalização, contribuem para o estereótipo do doente mental.

Deste modo, a Reforma Psiquiátrica propõe um novo olhar à psiquiatria, o de saúde mental. Através dessa nova concepção, houve a criação de novos modelos de atendimento, como serviços básicos, comunidades terapêuticas, entre outros. Essa nova forma de pensar o tratamento da loucura procura 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 (ANTONACCI; PINHO, 2011; NEVES; LUCHESE; MUNARI, 2010).

A estratégia utilizada pelo Ministério da Saúde para fomentar o redirecionamento da assistência foi a implantação dos serviços de saúde mental comunitária. Estes serviços são distribuídos de acordo com os parâmetros populacionais e demanda dos municípios, constituindo uma rede composta por ações de saúde mental na Atenção Básica, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), leitos em Hospitais Gerais, Ambulatórios, bem como o Programa de Volta para Casa.

A rede de saúde mental deve funcionar de forma articulada, sendo os CAPS serviços estratégicos na organização de sua porta de entrada e regulação. Assim, o Ministério da Saúde recomenda que o município possua uma população mínima de 20 mil habitantes para a implantação do CAPS e nos municípios com população inferior a 20 mil habitantes devem ser implantadas ações de saúde mental junto à rede básica (BRASIL, 2008).

Existem no Brasil, de acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, 1.650 municípios com mais de 20 mil habitantes e uma maioria de municípios de pequeno porte (até 20.000 habitantes) representando 73% do país (BRASIL, 2012). Em 2011, o Brasil atingiu 68% de cobertura em saúde mental, considerando o parâmetro de um CAPS para cada 100.000 habitantes. Na Paraíba, existem 64 CAPS, sendo 38 CAPS I, oito CAPS II, três CAPS III, sete CAPS i, oito CAPS ad, possuindo um indicador de 1,23 CAPS por 100.000 habitantes, considerado uma cobertura assistencial muito boa (BRASIL, 2011). Assim, existem no estado paraibano 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) (FULFARO, 2010).

Mediante as propostas de cuidado em saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que valoriza os princípios como a integralidade na atenção, o fortalecimento de ações intersetoriais, a territorialização e a participação da sociedade, assumindo um foco voltado a

família no seu território, torna-se evidente a necessidade de inserir questões de saúde mental na dinâmica da ESF evidenciada diariamente nas práticas de saúde, uma vez que a chegada de usuários com sofrimento psíquico nas Unidades de Saúde da Família (USF) é frequente e as queixas são as mais variadas (COIMBRA et al., 2011). Assim, é importante que a equipe esteja preparada para oferecer maior resolutividade aos problemas destes usuários.

De acordo com Luzio e L'Abbate (2009) no que se refere à atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio porte a partir da criação do SUS, foram atribuídas ações de saúde mental 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 medicação, reproduzindo apenas o modelo psiquiátrico hegemônico.

Ainda, a atenção em saúde mental nas ESF 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 contra-referência, constituindo-se um desafio para sua efetivação e assistência integral aos diferentes sujeitos/famílias (SILVEIRA; VIEIRA, 2009).

Diante desse contexto, muitas vezes os familiares são segregados da realidade cotidiana do cuidado ao sujeito em sofrimento mental. As dificuldades enfrentadas pelos familiares no lidar com a pessoa em sofrimento mental podem gerar condutas de vigilância, isolamento no espaço doméstico e até a internação psiquiátrica. Deste modo, a ausência de uma rede de saúde mental causa graves prejuízos ao sujeito/familiar, não existindo uma assistência que possibilite uma sensibilização do cuidado, por meio da reflexão sobre o cotidiano com o portador de transtorno mental (SEVERO et al., 2007).

A grande dissonância é que, em municípios que não possuem uma rede em saúde mental, os familiares muitas vezes encontram-se sobrecarregados no lidar com esses sujeitos em sofrimento mental, sem informações adequadas acerca das características do transtorno mental, necessitando de apoio profissional, além de serviços de saúde que promovam um suporte apropriado. Sendo assim, inquietações surgiram e fizeram emergir questionamentos que nortearam o objeto desse estudo: qual a conduta dos familiares de indivíduos em sofrimento psíquico frente à inexistência de rede em saúde mental? Quais as perspectivas e os desafios enfrentados pelos familiares no lidar com esses sujeitos na condição de inexistência de uma rede de saúde mental no município?

A realização deste trabalho se justifica em razão das transformações assistenciais advindas com a Reforma Psiquiátrica exigirem uma atenção voltada ao território e 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, emergindo, portanto, a necessidade de conhecer as experiências dos familiares de indivíduos em sofrimento psíquico frente à inexistência de uma rede em saúde mental, pressupondo-se que estes indivíduos necessitem de ações em saúde mental que visem assistir a pessoa com transtorno mental e seu familiar.

O estudo é relevante devido o grande número de municípios que vivenciam a inexistência de rede em saúde mental. Ainda, através do estudo sobre as experiências dos familiares pode-se colaborar para o direcionamento de ações e organização de serviços. Ou seja, através da avaliação da satisfação do usuário podem-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. Além disso, a avaliação desses sujeitos fornece informações importantes para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem capazes de ajudar efetivamente essas famílias.

Com base no exposto, o presente estudo possui como objetivo geral conhecer as experiências dos familiares de pessoas com transtorno mental frente à inexistência de rede em saúde mental em municípios de pequeno porte no Alto Sertão Paraibano. Os objetivos específicos são: investigar a assistência oferecida pela rede de saúde do município no âmbito da saúde mental; analisar as perspectivas dos familiares de pessoas com transtorno mental acerca da vivência em município que não possui rede de saúde mental; identificar os principais desafios para manejo do transtorno mental do seu familiar.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ATENÇÃO À LOUCURA AO LONGO DOS TEMPOS

Estão atrelados ao conhecimento da loucura formas diferentes de lidar com ela, que se articulam de acordo com o momento histórico da sociedade (FOUCAULT, 1978).

Durante a Antiguidade e na Idade Média, o louco era tratado como parte do cenário das cidades e, portanto, gozavam de liberdade, mesmo já existindo formas de encarceramento. A medicina era utilizada assim como práticas mágicas e religiosas para abordagem desses indivíduos, porém estas formas de lidar com a loucura variavam conforme as épocas e lugares (MINAS GERAIS, 2006). Durante este período não havia necessidade de excluir ou controlar a loucura, pois não se tratava de uma doença, apenas um instrumento para transmissão de mensagens divinas e para tanto não necessitava de cura. Filósofos como Sócrates e Platão ressaltaram a existência de uma forma de loucura tida como divina e, inclusive, utilizavam a mesma palavra *manikê* para designar tanto o “divinatório” como o “delirante” (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

Apenas na Idade Clássica ocorreu a dissociação entre loucura e razão, dando a ela um caráter de não verdade, de ausência de significação de sua experiência e fragmentação do corpo em vida (OLIVEIRA, 2002). No século XVII, com a ocorrência de um novo modelo político e econômico, as pessoas que não contribuíam na produção, comércio ou consumo passaram a ser encarceradas, a partir de então são criados em toda a Europa, estabelecimentos de internação denominados de Hospitais Gerais, para onde eram enviados aqueles que comprometiam a nova ordem: marginalizados, pervertidos, miseráveis e também os loucos. Neste sentido, afirma Foucault (1978, p. 38):

Soberania quase absoluta, jurisdição sem apelações, direito de execução contra o qual nada pode prevalecer- o Hospital Geral é um estranho poder que o rei estabelece entre política e justiça, nos limites da lei: é a terceira ordem da repressão.

No século XVIII, surgiram críticas acerca do enclausuramento, que passa a ser considerado como desperdício de mão de obra frente o advento do capitalismo. Assim, todos aqueles que foram aprisionados eram colocados em liberdade, com exceção do louco, que trazia consigo a idéia de periculosidade social, a impossibilidade de trabalho e foi atribuído um caráter de doença a loucura, passível de tratamento. Portanto, com o objetivo de cura, passaram a internar esses indivíduos em instituições destinadas especificamente a eles, o

manicômio. Estas instituições eram destinadas ao tratamento moral, já que o louco havia perdido a distinção entre o bem e o mal. Por isso, era preciso repreendê-lo e cada vez que cometia um devaneio era punido para que se arrependesse e ficasse curado (MINAS GERAIS, 2006).

No chamado Século das Luzes, segundo Silveira e Braga (2005), a razão foi determinada como fator imprescindível que direcionava a liberdade e felicidade do homem. Durante este período, ocorreu também à valorização do pensamento científico, constituição dos saberes e práticas psiquiátricas e o surgimento do hospital com fins terapêuticos. Desta forma, a permanência do louco nos manicômios possibilitou o surgimento da psiquiatria e o louco passou a ser chamado de doente mental.

Segundo Amarante (2000), as estratégias terapêuticas utilizadas faziam com que os sujeitos ficassem cada vez mais dependentes e isolados do convívio social, uma vez que estavam centradas no indivíduo, retirando-o do seu contexto familiar e social. Além disso, o tratamento era violento e os métodos violavam os direitos dos sujeitos, aumentando os óbitos e os gastos em saúde mental.

No início do século XX foram crescendo o número de manicômios junto aos grandes centros urbanos e tornando-se cada vez mais repressivos. O isolamento, o abandono, os maus-tratos, as péssimas condições de alimentação e hospedagem foram se agravando (MINAS GERAIS, 2006).

Diante de tal situação, surgiram em diversos países os primeiros movimentos que denunciavam e criticavam a violência e as condições que eram oferecidas ao sujeito em sofrimento mental. Estes movimentos buscavam novas abordagens na teoria e na prática e se agrupavam em três: a Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional, que propõem mudanças no próprio modelo hospitalar, a Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Comunitária que atribui uma grande importância à comunidade para a eficácia terapêutica e a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana que propunham mudanças para a própria Psiquiatria (AMARANTE, 2003).

No Brasil, foi a partir da década de 1970 que se iniciaram os movimentos que criticavam o modelo hospitalocêntrico, denunciando diversos fatores como a violência sofrida nos manicômios, a exclusão, a falta de higiene, a superlotação, a péssima qualidade dos serviços oferecidos e a falta de assistência médica, e, portanto, reivindicando os direitos do doente mental (CIRILO, 2006; MINAS GERAIS 2006).

A Reforma Psiquiátrica no Brasil por sua vez, teve início apenas com a disseminação da Reforma Sanitária, que lutava em favor das mudanças do modelo de atenção a saúde, na

defesa da saúde coletiva, equidade dos serviços, protagonismo dos trabalhadores, usuários e outros atores nos processos de gestão e produção de novas formas de cuidar. Com a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DISAN), órgão responsável pela formulação das políticas de saúde mental denunciou-se à trágica situação dos hospitais psiquiátricos, culminando na formação do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) (CIRILO, 2006).

O MTSM reivindicava melhores salários e condições de trabalho e, sobretudo denunciava os maus tratos sofridos nos manicômios, a mercantilização da loucura, a hegemonia da assistência privada e criticava o saber psiquiátrico e o modelo hospitalocêntrico de cuidado ao indivíduo em sofrimento mental. Em 1979, ocorreu o I Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, que gerou um relatório mostrando a necessidade da participação dos próprios trabalhadores na fixação das políticas nacionais e regionais em saúde mental. O II Encontro veio no ano de 1987, em Bauru, criando a expressão *Por uma sociedade sem manicômios* e fomentando o nascimento do movimento de Luta Antimanicomial (MINAS GERAIS, 2006; CIRILO, 2006).

Somente na década de 1980, o movimento da Reforma Psiquiátrica ganhou força política e social com o final da ditadura e as possibilidades de mudança na saúde. Em 1986 ocorreu no Brasil a 8ª Conferência Nacional de Saúde onde participaram representantes populares e trabalhadores e instituiu-se uma nova concepção de saúde, passando a ser um direito de todo cidadão e dever do Estado (AMARANTE, 1995). Criou-se, para tanto, o Sistema Único de Saúde (SUS) e atrelado a ele estão os princípios da integralidade, universalidade, descentralização e participação popular, mediante as Leis N° 8.080/90 e 8.142/90 (BORGES; BAPTISTA, 2008).

Ainda, no ano de 1989, o Projeto de Lei de Paulo Delgado deu entrada no Congresso Nacional, dispondo sobre a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios do país (BRASIL, 2005). Este foi sendo consolidado apenas com a aprovação da Lei N° 10.216, em 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e regulamentação das internações psiquiátricas, assim redirecionando os cuidados em saúde mental, ressaltando a importância dos serviços comunitários (BRASIL, 2004a).

Neste contexto, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) foram sendo implantados em diversos municípios do país, surgindo como um dispositivo eficaz na diminuição das internações e como meio que favorecia o exercício da cidadania e inclusão social dos usuários e seus familiares. A partir da Portaria

GM nº 224/ 92, os CAPS/ NAPS foram definidos como unidades de saúde local que atende uma população adscrita, oferecendo cuidados ambulatoriais e de internação hospitalar.

2.2 A SAÚDE MENTAL E A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Tendo em vista a noção de território como um espaço onde se cria as relações de cultura, interesses e conflitos entre as pessoas, buscou-se a partir da Reforma Psiquiátrica organizar uma rede de serviços comunitários para atender as pessoas com transtornos mentais e seus familiares, objetivando o cuidado e a reabilitação psicossocial. Nesse sentido, apresenta-se abaixo, os dispositivos comunitários disponíveis para assistir os usuários em municípios de grande, médio e pequeno porte.

2.2.1 Assistência em Saúde Mental nos municípios de grande e médio porte

No contexto da Reforma Psiquiátrica, a loucura deixou de ser controlada pela medicina e de ser uma técnica exclusivamente de natureza biomédica, passando a ser compartilhada com a família e a comunidade (SILVA, 2009). Daí por diante formou-se uma rede de atenção em Saúde Mental, composta por diversos serviços e ações.

Deste modo, a atenção em saúde mental passou a ser feita dentro de uma rede de cuidados, formada por atenção básica, CAPS, residências terapêuticas, ambulatórios, centros de convivência, clube de lazer, hospitais dias, pensões protegidas, dentre outros. Os CAPS são considerados os serviços estratégicos para organização da rede de saúde mental aberta e comunitária do SUS e passaram a atender uma área geográfica específica, sendo responsáveis pelo território. Assim, são atendidos nesse serviço todos os indivíduos que sofrem com transtornos mentais, psicose, neuroses graves e outros (LAVALL; OLSCHOWSKY; KANTORSKI, 2009, BRASIL, 2004b).

Nesse sentido, a rede de Saúde Mental funciona mediante um Projeto de Saúde Mental, construído por meio de uma parceria entre o poder público, os trabalhadores e as instâncias do controle social e irá depender da singularidade de cada município ou região. Desta forma, as cidades de grande e médio porte podem contar com os CAPS e outros dispositivos como as residências terapêuticas, leitos em hospitais gerais e ambulatórios de saúde mental (MINAS GERAIS, 2006).

Neste contexto, segundo Brasil (2004c), os CAPS são divididos de acordo com o porte, clientela atendida e capacidade de atendimento em: CAPS I que atende usuários com

transtornos mentais severos e persistentes, em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, CAPS II que presta atendimento a pessoas com transtorno mentais severos e persistentes, em municípios com população entre 70.000 e 200.00 habitantes, e o CAPS III atende a mesma clientela que o CAPS I e II, em municípios com população acima de 200.000 habitantes. Além disso, atende pessoas com comprometimento psíquico através do CAPS i que é referência para crianças e adolescentes, em municípios com população acima de 200.000 habitantes e do CAPS ad que é referência para o atendimento de usuários com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em municípios com população acima de 100.000 habitantes.

Os CAPS são considerados um dispositivo para atenção à pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, com a finalidade de reduzir e evitar internações em hospitais psiquiátricos, promover a inserção das pessoas com transtorno mental, através de ações intersetoriais, além de regular a porta de entrada na rede de assistência em saúde mental e dar suporte as ações de saúde mental na rede básica. O trabalho do CAPS busca preservar e fortalecer os laços sociais e familiares do usuário, tratando o indivíduo no seu território, estimulando a sua autonomia e o desenvolvimento de atividades rotineiras (BRAGA; BRAGA, 2011).

Deste modo, o CAPS deve ser formado por uma equipe multiprofissional, para a realização de um plano terapêutico que melhor atenda cada usuário e promova a reabilitação psicossocial deste sujeito. Assim, proporcionando atendimento individual, atendimento familiar, formando assembléias familiares, grupos terapêuticos, oficinas terapêuticas e culturais geradoras de renda, alfabetização, atividades esportivas, ou seja, atividades que buscam uma melhor integração e interação social (SCHNEIDER, 2008).

A partir disso, pode-se perceber que com a desinstitucionalização, a responsabilidade do cuidado em saúde mental foi dividida entre profissionais de saúde, familiares, usuários e membros da comunidade. A família deixou de ser tratada como a desencadeadora do transtorno mental e passou a ser vista como parceira no cuidado da pessoa em sofrimento mental. Desta forma, também necessita de cuidados por parte dos profissionais de saúde, visto que as relações familiares de afeto, laços emocionais são fundamentais na construção da vida do sujeito, principalmente, as pessoas com transtornos mentais.

2.2.2 Assistência em Saúde Mental nos municípios de pequeno porte

Por meio da quebra do paradigma hegemônico centrado no poder médico, surge à necessidade da construção de novas práticas e organização dos serviços de saúde, que devem estar focalizados na família e em ações que atendam as necessidades da comunidade, a fim de produzir qualidade de vida e de saúde para essas pessoas. Deste modo, a organização da rede básica de saúde necessita estar de acordo com os problemas existentes em âmbito local (SEVERO et al., 2007).

Os municípios com população inferior a 20.000 habitantes são considerados de pequeno porte, esses não necessitam de CAPS e estruturam as ações de saúde mental na Atenção Básica. Nesse arranjo é comum a equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) se deparar com problemas de saúde mental devido à aproximação desse serviço com a comunidade e a família, tornando-se um dispositivo estratégico para atender a demanda de usuários de álcool e outras drogas e pessoas com outras formas de transtornos mentais (BRASIL, 2008; REINALDO, 2008).

Assim, as ações de saúde mental devem atender ao modelo de redes de cuidado que visam o acolhimento e estabelecimento de vínculos. Além disso, devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica de territorialização, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, desinstitucionalização, promoção de cidadania dos usuários, entre outros (REINALDO, 2008).

A equipe da ESF deve ser formada por um médico generalista ou da família, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, que desempenham ações assistenciais de saúde na unidade e no domicílio. Além desses, a equipe inclui os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sendo um elo entre comunidade e UBS, conhecendo as singularidades de cada família, dentre outros. O trabalho desempenhado por estes profissionais é fundamentado na busca ativa, promoção de saúde e prevenção de agravos, buscando romper com a centralização e superlotação dos serviços especializados (BARGA; OLIVEIRA, 2007).

Com relação às práticas em saúde mental a ESF pode contar com o apoio matricial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que de acordo com a orientação do Ministério da Saúde deve ser composto por uma equipe de no mínimo um médico psiquiatra ou com capacitação em saúde mental, dois técnicos de nível superior (assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermeiro) e auxiliares de enfermagem. Desta maneira criando espaços de discussão para gestão do cuidado e compartilhamento de práticas, através de

reuniões e atendimentos conjuntos. O NASF não se constitui a porta de entrada do sistema, mas sim um dispositivo de apoio para a equipe da ESF (MENEQUINI, 2012).

Existem duas modalidades de NASF, o NASF I que realiza atividades matriciais vinculadas a no mínimo oito e no máximo vinte ESF e o NASF II que realiza suas atividades vinculadas a três equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2008).

Contudo, mediante a característica da gestão municipal descomprometida com a melhoria das condições de vida e desigualdade social da população, pouco se conhece da imagem da política de Saúde Mental em municípios de pequeno porte. Esses acabam por reproduzir o modelo psiquiátrico hegemônico por meio da medicalização e internação em hospitais psiquiátricos (LUZIO; L'ABBATE, 2009). Muitas são as dificuldades enfrentadas pela equipe da ESF, tendo em vista a complexidade de atender uma pessoa com transtorno mental, além de existir à falta de recursos pessoais e de capacitação dos profissionais para atender de forma integral essa demanda.

Segundo Lucchese et al. (2009) cuidar do indivíduo por meio da atenção primária em saúde, é assumir o desafio de conhecer de forma mais próxima a realidade desses sujeitos, vivenciando o dia-a-dia por exemplo, de usuários de drogas, de pessoas que apresentam delírios ou alucinações. Mediante essa complexidade o cuidado em saúde mental na ESF, em algumas situações passa a ser reduzido à medicalização e distanciamento da atenção ao sofrimento desses sujeitos.

Deste modo, o município deve intervir a fim de estabelecer ações em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) por meio de práticas inovadoras do cuidado, que garantam a escuta, o vínculo, que potencialize as singularidades, as biografias e a cultura. Ou seja, é preciso conhecer o contexto familiar que elas vivem para cada vez mais reduzir a medicalização, a psiquiatrização e a psicologização, gerando um ambiente favorável para a promoção de bem estar do sujeito/família.

Além disso, os municípios frente à inexistência de rede de Saúde Mental devem capacitar os profissionais de saúde da ESF, por meio do estudo da área, sensibilização da equipe, monitoração das ações e posterior elaboração de uma proposta de atenção em saúde mental. Diante de tal iniciativa, a equipe torna-se capaz de prestar cuidados a pessoa com transtorno mental e a sua família, além de reconhecer limitações de sua ação, que pode levar a necessidade de buscar reforços, a partir da referência existente em sua região (SCÓZ; FENILI, 2003).

2.3 A FAMÍLIA NO CONTEXTO DO CUIDAR EM SAÚDE MENTAL

Mediante a desinstitucionalização, a família passou a ser aliada no processo do cuidado ao sujeito com transtorno mental. Essa co-responsabilização dos familiares no cuidado do parente adoecido vem causando um desequilíbrio na vida desses sujeitos, por vezes acarretando uma sobrecarga física, psicológica ou até mesmo financeira. Deste modo, cabe aos profissionais de saúde ensinar e instrumentar esses sujeitos para o cuidado a fim de proporcionar o bem estar coletivo da família. Diante dessas implicações, discuti-se a seguir o conceito de família, bem como os impactos do transtorno mental sobre ela e as possíveis intervenções de enfermagem para assistir estes familiares.

2.3.1 A Família

De acordo com Acosta e Vitale (2008; p. 271), “a família é a expressão da vida privada, é lugar de intimidade, construção de sentidos e expressão de sentimentos, onde se exterioriza o sofrimento psíquico que a vida nós põe e repõe”. É através da família que o indivíduo incorpora padrões de comportamento, valores morais, éticos, espirituais, além de participar da formação da personalidade e do caráter (SILVA; MONTEIRO, 2011). A família é vista como um sistema constituído de diversos subsistemas, como o conjugal, subsistema pai e filho e subsistema irmãos.

Atualmente, existem diversas formas de famílias, a família biológica ou de procriação, a família ampliada que se caracteriza pela quantidade de membros, a aproximação entre eles e a valorização dos mais idosos, a família nuclear que incorpora um ou mais membros da família ampliada, a família adotiva e a família comunal (TOWNSEND, 2011). No entanto, essa maneira tão complexa de se constituir a estrutura, composição e função familiar predispõem a vivência de múltiplos conflitos ao longo do ciclo vital, assim, é necessário mudar de postura diante de tantas realidades e adversidades na busca de superação e equilíbrio (MACEDO, 2006 apud TOWNSEND, 2011).

Diante do contexto, a situação de adoecimento mental vem como forma de desorganização da rede familiar, uma vez que a rotina é modificada e todas as ações das pessoas são consideradas como decorrentes do transtorno mental.

Durante um longo período, foi atribuído à família desses sujeitos um caráter de causadora do transtorno mental. Desta forma, a psiquiatria objetivava separar os pacientes do ambiente familiar e, portanto, dos cuidados realizados por ela. Neste momento, a família

passa a ser amparada pelo enclausuramento do seu familiar nos hospitais psiquiátricos, tornando-se cúmplices na internação e gratas por livrá-las do problema com o parente (SILVA; MONTEIRO, 2011).

Esse distanciamento da família com a loucura ocorreu aproximadamente até a década de 1980, com o advento da Reforma Psiquiátrica, que passa a orientar a mudança no tratamento por meio de serviços comunitários de atenção a saúde. A família passou a ser vista como aliada no processo terapêutico do familiar, necessitando também de acompanhamento por parte dos profissionais de saúde. A inserção da família no cuidado se deu a partir da III Conferência de Saúde Mental onde se instituiu a assistência por serviços alternativos com ações que atendessem os familiares, comprometendo-se com a inserção social e respeito de suas singularidades (SILVA; MONTEIRO, 2011; BORBA et al., 2011).

Em suma, com a inversão do modelo assistencial sobre a família, considera-se que ela não é apenas um alvo de intervenção, mas também sujeito de produção de saúde, que através do conhecimento de suas especificidades a equipe da ESF, pode atender melhor a demanda em sofrimento mental aumentando o bem estar individual e familiar. Entretanto, a partir dessa nova função de cuidado de uma pessoa com tamanha singularidade, a família encontra-se em uma situação de risco e de maior vulnerabilidade, pois o sofrimento mental acarreta um desgaste familiar, uma vez que ao manifestar suas diferentes alterações transforma o contexto e o cotidiano das pessoas ao seu redor (BORBA et al., 2011).

2.3.2 O papel da família em saúde mental

Diante da Reforma Psiquiátrica, com seu propósito de desinstitucionalização, o sujeito em sofrimento mental foi devolvido à comunidade. A partir daí retornando a sociedade e a família, as responsabilidades acerca da loucura e seus conflitos (GONÇALVES; SENNA, 2001).

Além do mais, essa desospitalização foi seguida pela falta de instrução no lidar com o indivíduo em sofrimento mental, refletindo de forma negativa sobre a família, que passa a vivenciar o cotidiano do cuidado. Com isso na rotina da família passa a ser incluída novas tarefas, como, de instrumentalizar o familiar adoecido, em busca do reconhecimento de si mesmo, do transtorno mental, seus possíveis sintomas e suas limitações.

De acordo com Borba, et al. (2011) essa função de cuidado a seus membros, é atribuída a família, tendo em vista o equilíbrio e bem estar destes, através da produção de meios adequados para o seu desenvolvimento e crescimento, no entanto, para que isso ocorra

a família deve encontrar estratégias para enfrentar essas situações, muitas vezes necessita primeiramente conhecer a si mesmo, para posteriormente prestar cuidados ao outro.

E aí, de forma intrigante nos primeiros anos da Reforma Psiquiátrica, discutiu-se sobre as mudanças como uma simples devolução do parente em sofrimento mental a família, culminando em responsabilidades impostas, sem que houvesse uma instrumentalização para atendê-las. Isso veio produzir nos familiares o processo de sobrecarga que se manifesta de forma física, psíquica e econômica (CAVALHERI, 2010).

2.3.3 Impactos do transtorno mental na família

O reflexo da convivência com uma pessoa com transtorno mental é estudado através do conceito de sobrecarga, que Maldonado; Urizar; Kavanagh (2005; p. 899) define como “um estado psicológico que advém da combinação de trabalho físico, emocional e pressão social, assim como a restrição econômica que emerge do cuidar dos pacientes”.

Nesse sentido, a sobrecarga é dividida em dois tipos: objetiva e subjetiva. A sobrecarga objetiva está relacionada a implicações na rotina, vida social, profissional dos familiares, perdas financeiras, cuidados com o paciente, agressão física e comportamentos inapropriados. A sobrecarga subjetiva por sua vez se refere a como o sujeito se sente nessa situação de familiar/cuidador, por exemplo, com sensação de peso ou incômodo. Deste modo, pode apresentar-se em forma de doença física, financeiramente e psicologicamente, através, por exemplo, da ansiedade e da depressão (GARELA et al., 2010; BANDEIRA; CALZAVARA; CASTRO, 2008).

Essa condição de cuidadora foi atribuída à família a partir da desinstitucionalização, ou seja, a nova forma de cuidar em saúde mental possibilitou a convivência com o paciente em sofrimento mental e formação de vínculo, impondo a família sobrecarga ao cuidar do familiar com manifestações agudas e crônicas do transtorno mental. O cansaço, as preocupações, a dedicação exclusiva a pessoa com transtorno mental fazem com que o cuidador deixe de viver sua vida, causando a perda de seus vínculos sociais, a diminuição dos momentos de lazer e levando-os a absorver o sofrimento e assim entrando num processo social de desgaste (CARVARELHI, 2010).

Essa sobrecarga é agravada, pois muitas vezes a família desconhece informações acerca do transtorno mental, do tratamento e das formas mais adequadas de lidar com o parente, principalmente para manejo das crises.

Um emaranhado de sentimentos é vivido por esses sujeitos passando pela aceitação-rejeição, por culpa, pena, raiva, medo, esperança e desesperança em relação à cura e dias melhores, necessidades de internação e rejeição a ela, valorização do atendimento extra-hospitalar e sensação de desassistência e desamparo por parte dos serviços de saúde (CARVARELHI, 2010).

Desta forma, antes de assumir o papel de cuidadora de uma pessoa com transtorno mental torna-se imprescindível conhecer e trabalhar os medos e anseios dos familiares e, além disso, cuidar deles e instrumentalizá-los para que posteriormente se sintam capazes de cuidar do outro. Os profissionais de saúde podem contribuir para que a família assuma o papel de cuidadora e se torne uma efetiva unidade básica de saúde (BORBA et al., 2011).

2.3.4 Intervenções de enfermagem ao familiar cuidador do sujeito em sofrimento mental

A enfermagem desempenha um papel importante no cuidado à saúde da família, mediante sua aproximação durante o processo saúde/doença e sua introdução no território para assistência direta aos indivíduos. Deste modo, o enfermeiro deve considerar a família como uma unidade, que possuem uma grande implicação no processo de cura do cliente. Assim como explica Bielemann, et al. (2009, p. 133)

A família deve ser entendida como uma unidade de cuidado, ou seja, cuidadora nas situações de saúde e de doença dos seus membros, competindo aos profissionais de saúde apoiá-la e fortalecê-la quando esta se encontrar fragilizada. Assim, a abordagem em saúde mental não se restringe apenas à medicação e eventuais internações, mas também a ações e procedimentos que visem a uma reintegração familiar e social.

Também é importante que o enfermeiro conheça as singularidades de cada família, respeitando sua cultura, seus valores, crenças, medos e desejos, gerando subsídios para que realize suas escolhas (RIBEIRO et al., 2010). Já que a família tem um impacto significativo no estado de saúde e bem estar de seus integrantes, a enfermagem deve considerar o cuidado centrado na família como prática de enfermagem (WRIGHT; LEAHEY, 2012).

Existem duas formas de cuidado de enfermagem voltado à família do indivíduo em sofrimento mental: por meio das enfermeiras generalistas e especialistas. As generalistas utilizam-se do conhecimento do cotidiano e adaptações das famílias, a partir de então consegue reconhecer a ocorrência de problemas no núcleo familiar, cabendo como

intervenção de apoio a essa família o encaminhamento para outros profissionais quando necessário. As enfermeiras especialistas possuem uma formação específica que as qualifica para a realização de terapia familiar, que busca estabelecer um ambiente harmonioso na relação familiar (TOWNSEND, 2011).

Deste modo, as ações de enfermagem voltadas à família envolvem orientação e educação em saúde, com o objetivo de promover saúde à família do paciente com transtorno mental, prevenção e apoio no enfrentamento de situação crônica de saúde. Portanto, “cabe ao enfermeiro expor conhecimento e resoluções para os problemas, disposição para ensinar, aprender e ajudar a família a encontrar meios para amenizar ou resolver seus problemas” (SILVA; MONTEIRO, 2011, p. 1240).

Ações simples como orientações sobre a doença e seu tratamento, reuniões com paciente e familiar, aconselhamento familiar, melhoram a forma como a família enfrenta a doença e através disso reduz o nível de sobrecarga familiar, os sintomas e as incapacidades da pessoa com transtorno mental (NAVARINI; HIRDES, 2008).

3 METODOLOGIA

O método científico manifesta-se como um conjunto de ações sistemáticas e racionais, que torna possível a realização da pesquisa de forma segura e econômica, delimitando o percurso a ser seguido, auxiliando nas decisões e nas correções de erros (MARCONI; LAKATOS, 2009).

Neste sentido, o pesquisador deve utilizar o domínio do conhecimento específico e conceitual, o balizamento metodológico a ser seguido e o uso das técnicas e instrumentos necessários para o cumprimento dos objetivos gerais e específicos da pesquisa (SEABRA, 2009).

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa. A pesquisa exploratória pretende desencadear um processo investigativo sobre a natureza de um determinado fenômeno e a partir disso descrever ou caracterizar suas variáveis. Para tanto, se delimita o campo de trabalho e as condições de manifestação do objeto a ser estudado (KOCHER, 2011; SEVERINO, 2007). Trata-se, portanto de uma investigação empírica que tem por finalidade traçar hipóteses, produzir uma relação entre pesquisador/ objeto, aumentando a experiência em torno de um determinado problema e adotando novos conceitos para que se possa realizar uma pesquisa futura de cunho explicativo (LAKATOS; MARCONI, 2010).

A abordagem qualitativa utiliza um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, traduzindo o objeto estudado em seu subjetivismo. Desta forma, aprofunda-se nas relações humanas captando o mundo de significados e ações que não podem ser captadas ou perceptíveis a medidas e estatísticas (MINAYO, 2010).

De acordo Pope e Mays (2009), a pesquisa qualitativa embora não possua números, é capaz de mensurar e explicar fenômenos sociais, através da interpretação da fala e ações das pessoas a respeito de suas experiências e maneira de compreender o mundo social. Nesse sentido, caracteriza-se pela aplicação de métodos como a observação direta, entrevistas, análise de textos ou documentos e análise do discurso ou comportamento, em outras palavras aplicam métodos sistemáticos, planejados e racionais, além de uma análise cuidadosa e rigor científico.

3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida em Jericó e Mato Grosso, municípios de pequeno porte, localizados no Alto Sertão Paraibano. A escolha destes se deu a partir da inexistência de serviços especializados de atenção em saúde mental estruturados no sistema de saúde local, além de estarem localizados em uma área de fácil acesso para a pesquisadora.

O município de Jericó ocupa uma área total de 179, 311 km² e detém uma população estimada em 7.538 habitantes. Encontra-se a uma distância de 422 km² da capital do estado. É formado por 2.134 famílias, sendo 1.351 moradoras da zona urbana e 783 na zona rural, possuindo uma população de 175 indivíduos em sofrimento mental (IBGE, 2010). Os serviços de saúde de Atenção Básica são formados por três Estratégias de Saúde da Família e duas unidades âncoras, que são uma extensão da Unidade de Saúde da Família principal localizada em pontos de difícil acesso ou de reduzido número de famílias que não justifique a implantação dentro dos parâmetros atualmente preconizados pelo Ministério da Saúde, de outra USF (PARAÍBA, 2009).

O município de Mato Grosso possui uma área total de 83, 522 km² com uma população de 2.702 habitantes, localizada a 415 km² da capital paraibana. É constituído por 776 famílias, com 101 portadores de transtorno mental distribuídos na zona rural e urbana (IBGE, 2010). Possui uma Estratégia de Saúde da Família e uma unidade âncora.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

De acordo com Leopardi et al. (2001), a população e amostra são um grupo que apresentam comportamentos semelhantes, que compartilham da mesma opinião sobre dada realidade.

A população que constitui o estudo é formada por familiares de indivíduos em sofrimento mental que são cadastrados na Estratégia de Saúde da Família como portadores de transtorno mental. Foi considerado como método de amostragem a saturação de dados, isto é, a pesquisa foi conduzida até que os dados fossem recorrentes, não mais fornecendo informações novas.

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 em área de fácil acesso. Como 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).

A população do estudo constituiu-se de 14 familiares de pessoas com transtorno mental dos municípios de Jericó e Mato Grosso, sendo oito sujeitos do município de Jericó e seis do município de Mato Grosso, selecionados mediante os critérios de inclusão e exclusão.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A técnica utilizada na pesquisa foi a história oral de vida, que busca a coleta de dados sobre a vida pessoal do entrevistado. Esta abordagem metodológica procura observar o desenvolvimento de uma pessoa num determinado meio, proporcionando a análise do sujeito, do lugar onde vivia e dos valores adotados por sua comunidade (LEOPARDI; BECK; NIETSCHÉ; GONZALES, 2001). Portanto, são narrativas reveladoras de experiências de vida, contadas por aquele que vivenciou os fatos (GLAT, 1989).

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada (APÊNDICE B), que compreende uma técnica em que o investigador está junto ao informante e são guiadas através de uma estrutura flexível, compostas por questões abertas, que garantem que todas as áreas sejam contempladas (BRITTEN, 2009; POLIT; BECK, 2011).

Assim, a entrevista pôde possibilitar a obtenção da fala dos sujeitos acerca de suas experiências como familiares de pessoas com transtorno mental frente à inexistência de uma rede de saúde mental em municípios de pequeno porte. Desta forma, o sujeito foi abordado da forma mais aberta possível através da expressão: *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, esclarecer algum detalhe ou estimular o seu dizer.

3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados consiste na fase de aplicação de instrumentos elaborados e de técnicas selecionadas, com a finalidade de coletar dados previstos (MARCONI; LAKATOS, 2009).

Inicialmente foi realizado um contato com a Secretária Municipal de Saúde do município de Jericó e do Mato Grosso com vistas a solicitar autorização do desenvolvimento da pesquisa, através do Termo de Autorização Institucional (ANEXO A, ANEXO B).

A coleta dos dados procedeu-se no domicílio dos participantes, uma vez que propicia um ambiente mais seguro e promove uma maior confiança para diálogo com o pesquisador. A entrevista aconteceu de forma prolongada, permitindo uma interação entre o entrevistado e o pesquisador, para que o interlocutor tome o desejo de relatar e passe a conduzir a conversa.

A situação de entrevista, por si só, determina, em grande parte, o discurso recolhido, sendo que as formas e conteúdos da narrativa vão variar de acordo com o tipo de diálogo entre o sujeito e o interlocutor (GLAT, 1989, p. 33).

Foram realizadas visitas no período de fevereiro a março de 2013, aos Agentes Comunitários de Saúde dos municípios, totalizando 15 ACS, que desempenham um papel de identificação do adoecimento dos membros da comunidade, conhecendo a singularidade de cada família e indivíduo, assim 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.

Diante das informações colhidas, o procedimento de coleta obedeceu às seguintes etapas: 1) contato inicial com os depoentes a fim de estabelecer uma relação de confiança pesquisador/ informante, além de elucidar a finalidade da pesquisa, seus objetivos, os instrumentos que serão utilizados, esclarecimento da participação voluntária e confidencialidade dos fatos; 2) em seguida após a aceitação da participação foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A); 3) na oportunidade, foi iniciado o procedimento de coleta por meio de uma entrevista semi-estruturada, sendo as informações registradas através de um gravador de áudio e posteriormente transcritas 4) ou agendado para outro momento de acordo com a disponibilidade do sujeito envolvido.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram encerrados quando os relatos alcançaram o ponto de saturação, tornando-se repetitivos e não acrescentando informações novas aos depoimentos anteriores. Após o encerramento da coleta dos dados, as informações gravadas foram transcritas de forma precisa e analisadas de acordo com a técnica de análise de conteúdo na sua forma temática. Este método de análise trabalha com o recorte do texto em unidades de registro e possibilita a classificação, associação das informações e elaboração de categorias temáticas (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2007). Assim, inicialmente foram realizadas escuta das falas, para

verificar a exatidão dos dados transcritos, em seguida analisados os dados sócio-demográficos através de estatística descritiva.

Posteriormente, por meio da escolha do procedimento de análise temática, procederam às etapas, de pré-análise, onde as falas foram escolhidas de modo a atender os objetivos propostos pelo estudo. Em seguida, foi feita a esquematização das falas de acordo com os questionamentos da entrevista, a fim de organizar os resultados e apontar as mais representativas ao universo pretendido.

A segunda etapa de exploração do material procedeu-se por meio da elaboração de três categorias temáticas, onde as falas delimitadas na primeira etapa foram organizadas e codificadas como S1 a S14, posteriormente foi feita a classificação e agregação dos dados, proporcionando uma melhor compreensão do texto. A última etapa utilizada foi a de tratamento dos resultados e interpretação, em que as informações foram desvendadas e confrontadas com a literatura vigente.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Foram obedecidas as exigências éticas propostas pela Resolução 196/96 que se baseia nos principais documentos internacionais que abordam a pesquisa envolvendo seres humanos e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado e incorpora os referenciais da bioética, da autonomia, não maleficência, beneficência, justiça, equidade, dentre outros (BRASIL, 1996; BECK; GONZALES, LEOPARDI, 2001).

A pesquisa que envolve seres humanos é aquela que tem o homem como participante em sua totalidade ou partes dele, envolvendo-o de forma direta ou indireta, a partir do manejo de seus dados, informações e materiais biológicos (BRASIL, 1996).

Assim, o estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos pela Plataforma Brasil (ANEXO C), para análise e parecer. Para isso, houve a autorização prévia das Secretárias de Saúde dos municípios envolvidos (ANEXO A, ANEXO B).

Foram reservados ao participante todos os direitos, incluindo a autonomia, isto é o direito de permanecer ou não na pesquisa, além da confidencialidade das informações e garantia de que danos serão evitados. Para tanto, os sujeitos do estudo foram categorizados em seus discursos através de codificações (S1 a S14) para preservação do anonimato dos mesmos.

Assim, o estudo contou com a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) assinado pelos familiares, contendo informações sobre a pesquisa dentre elas, a justificativa, os objetivos e os procedimentos que utilizados fornecendo, portanto ao participante a manifestação de uma participação consciente, autônoma, livre e esclarecida.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Foram entrevistados 14 sujeitos familiares de pessoas com transtornos mentais, que prestam a eles cuidados em longo prazo. Destes, oito residem no município de Jericó- PB e seis no município de Mato Grosso- PB, sendo treze mulheres e um homem. Sete mães, três esposas, uma irmã, um pai, uma filha e uma avó.

Os dados apontam que a maioria dos cuidadores era do sexo feminino, indicam atribuição à mulher das funções domésticas de cuidado aos filhos, a casa, e os problemas internos da família e ao homem a função de sustento dos membros da família. Semelhante ao estudo que aponta que a figura do homem só assume a posição de cuidador na ausência feminina, associando o cuidado a tarefas domésticas (SOARES; MURANI, 2007).

A faixa etária do cuidador esteve concentrada na adulta e idosa, variando entre 30 a 74 anos, que representa 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 (ESTEVAM et al., 2011).

No tocante ao estado civil, sete eram casados, três separados, dois viúvos e dois solteiros. Durante a entrevista foi relatado a relação entre o estado de separação do casal com o cuidado ao filho com transtorno mental, havendo excessivo desgaste físico e psíquico e desistência de uma das partes.

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, desempenhando funções de agente comunitária de saúde, auxiliar de serviço, gerente e professora. Quatro são aposentados, quatro são donas de casa, uma agricultora e uma desempregada. Em sua maioria apresentam renda maior ou igual a dois salários mínimos, apenas dois apresentaram renda menor ou igual a um salário mínimo.

Durante a entrevista, foi comum ficarem com a voz embargada ou chorarem em algum momento. Além de relatarem uma vida bastante sofrida e cansativa, com muitas atribuições e dificuldades enfrentadas pelas implicações do transtorno mental na família.

Tabela 1- Caracterização dos sujeitos da pesquisa dos municípios Jericó-PB e Mato Grosso-PB, 2012.

Sujeitos	Parentesco-idade	Estado Civil	Renda	Ocupação
S1- Jericó	Avô- 61 anos	Viúva	> 2 salários	Aposentada
S2- Jericó	Mãe- 62 anos	Viúva	> 2 salários	Aposentada
S3- Jericó	Esposa- 74 anos	Casada	> 2 salários	Dona de casa
S4- Jericó	Esposa- 43 anos	Casada	< 1 salário	Agricultora
S5- Mato Grosso	Pai- 63 anos	Solteiro	> 2 salários	Aposentado
S6- Mato Grosso	Irmã- 37 anos	Solteira	> 2 salários	Dona de casa
S7- Mato Grosso	Mãe- 55 anos	Separada	> 2 salários	Auxiliar de serviços gerais
S8- Mato Grosso	Mãe- 36 anos	Separada	< 1 salário	Desempregada
S9- Jericó	Esposa- 42 anos	Casada	> 2 salários	ACS
S10- Jericó	Mãe- 71 anos	Casada	> 2 salários	Aposentada
S11- Mato Grosso	Mãe- 64 anos	Casada	> 2 salários	Dona de casa
S12- Mato Grosso	Mãe- 51 anos	Separada	> 2 salários	Dona de casa
S13- Jericó	Mãe- 36 anos	Casada	>2 salários	Professora
S14- Jericó	Filha- 30 anos	Casada	> 2 salários	Gerente

Fonte: Pesquisa de campo

4.2 CATEGORIAS EMERGENTES DOS DISCURSOS

A partir da temática contida nos discursos, foram organizadas três 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; c) Vivendo sem rede de saúde mental, que aborda a perspectiva dos familiares acerca do manejo do transtorno mental de seu parente.

4.2.1 Categoria 1- A família e a assistência em saúde mental

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 a 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.

Deste modo, durante a pesquisa ao serem estimulados a falar de sua vida como cuidador de uma pessoa com transtorno mental, a maioria dos sujeitos relataram 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 tá com um problema eu a gente não pode resolver, a gente fica sofrendo sem a gente da jeito, tem vontade, mas não pode” (S3 Jericó).

“É sofrido né, porque você sabe a pessoa cuidar de duas pessoas assim né, 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).

Para Navarini e Hirdes (2008), o sofrimento que atinge a família abrange sua vida em todos os níveis, se tornando o companheiro de todas as horas por toda trajetória da doença do familiar, se manifestando de diferentes formas e intensidade. O primeiro contato com esse sentimento de sofrimento se dá no momento do diagnóstico, perdurando em todas as etapas do tratamento e na expectativa acerca do futuro.

Corroborando ainda com o estudo que aponta que 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 esses indivíduos mediante atender a tantas atribuições sem recursos psíquicos e físicos, vivem em situação de alerta, causando nervosismo, angústia e estresse (CAVALHERI, 2010).

Por vezes, os discursos dos sujeitos expressaram de forma acentuada a sobrecarga da convivência com o familiar adoecido. Com o detalhamento dessa convivência percebem-se fatores como o desenvolvimento de doenças crônicas, o uso de medicações indutoras do sono, a separação do cônjuge, lesões físicas e a depressão, como resultado do lidar com o sujeito em sofrimento mental. 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 dormi você conseguiu passar a noite inteira sonhando com aquelas coisas que você viveu durante o dia [...] você vive praticamente como se andasse lado à lado com aquele problema e de alguma forma esse problema ele te atinge (S14 Jericó).

“Porque devido esse problema que eu enfreto 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, mediante a 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, 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. Muito se falou do risco que corriam para desenvolvimento da depressão e atribuem a resolução dos problemas à sua força e a Deus, corroborando com Alves e Silveira (2011) que diz que é freqüente a busca de igrejas como forma de apoio social, vislumbrando a melhora do quadro do paciente, evitar crises e até a cura, possibilitando certo grau de conforto mesmo diante da sobrecarga.

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. Muitas vezes, os sintomas decorrentes do transtorno mental colocam em risco o funcionamento normal do cotidiano da família, na maioria das vezes os cuidadores se sentem sozinhos e sem informações quanto ao modo de agir frente o comportamento da pessoa com transtorno mental (NAVARINI; HIRDES, 2008).

Esse ambiente de constante estresse, traumas, cansaço, podem levar a família a apresentar traumas secundários, como a negação, a dúvida, a culpa, a depressão e os problemas físicos e emocionais (SOARES; MURANI, 2007).

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 aqueles 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 (MORENO; ALENCASTRE, 2003).

Com o intuito de investigar a assistência de saúde que chegava até essas famílias nos referidos municípios, se questionou quais os serviços que ofereciam 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. Como vemos nos depoimentos a seguir:

*“Não, nunca vieram aqui, nunca, nunca, Jericó velho é tampado”
(S1 Jericó).*

*“É nessa área de saúde mesmo que tem ai em cima, no centro de
saúde, na casa da família, já fui prciso 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 notamos nas falas a seguir:

“Procurei tudo no mundo, não vou mentir. Bati por João Pessoa por todo canto, só não fui pra São Paulo. O povo dizia médico fulano é bom, médico fulano é bom, fretava carro, basta tomava 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 assim teve, tem uma melhora, ele só se acalma um poquim” (S7 Mato Grosso).

Corroborando com Estevam et al. (2011) que afirmam que a atenção básica não planeja uma assistência que atenda de forma integral as questões de saúde, visam muitas vezes apenas às manifestações biológicas, e 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. Ainda, Ribeiro et al. (2010) dizem que a ESF deve ter como um eixo a saúde mental, já os pacientes são conhecidos pelos nomes, forma-se uma proximidade, um vínculo entre profissional e usuários, facilitando o cuidado desses sujeitos.

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 mediante as 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).

“Não, até porque eu nunca fui atrás. Eu já corri pra onde eu sabia que tinha porque aqui a gente sabe que num tem né. Ai eu nunca fui atrás de ninguém” (S9 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 passa a medicação, isto é, que proporciona a solução do problema, corroborando com o estudo de Luzio e L’Abbante (2009) que aponta o atendimento médico-centrado ainda como estratégia de trabalho da equipe. 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 sujeito ou até mesmo encaminhando-os para serviços especializados (NEVES; LUCHESE; MURANI, 2010).

As enfermeiras, de acordo com o estudo de Ribeiro et al. (2010), não se sentem capacitadas para assistir a pessoa com transtorno mental. O estudo aponta ainda que os profissionais são os primeiros a dificultar esse aprendizado, já que para desempenhar o trabalho com pessoas com transtorno mental tem que adquirir um pouco de despreendimento, quanto a ligação da doença a agressão e ao medo, e portanto desempenhar sua função em prol desses sujeitos e seus familiares.

4.2.2 Categoria 2- Dificuldades e desafios do cuidado

Os profissionais de saúde formam uma visão idealista de que a família está sempre pronta para cuidar, proteger, construir identidade e vínculo 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 possam estar comprometidas, e, portanto surgem as dificuldades e necessidades de apoio (BORBA et al., 2011).

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 sim 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, quanto mais uma pessoa pra conversar, fazer como a história umas conversas sadias né, ajuda. Pra 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).

“É isso aí é um pouco difícil mesmo, por que se viesse uma pessoa foi num foi da uma palestra uma coisa assim era bom” (S4 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 ajeito ela” (S10 Jericó).

Tento 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 num maior investimento em recursos para a equipe de Saúde da Família para que se possa construir uma rede de cuidados e inclusão social (LUZIO; L'ABBATE, 2009).

Ainda de acordo com o estudo de Ribeiro et al. (2010), pouco se capacita os profissionais da ESF para o atendimento em saúde mental, as enfermeiras por exemplo têm consciência do trabalho que deveriam realizar para atender esta demanda, no entanto sentem

dificuldades e pouco capacitadas, além de relatarem a falta de uma equipe multidisciplinar para realização do cuidado.

Também foram apontadas como dificuldades, a falta de assistência médica especializada, a dificuldade de se transportar para outros municípios, muitas vezes para um acompanhamento particular, com gastos com transporte e até mesmo com medicação.

“[...] gente porque a viagem era muito cansativa quando era pra gente poder a gente ir, que eu marcava a consulta mamãe já ficava sem dormir porque ela ficava apreensiva, porque achava cansativo demais e mais ela ficava muito sonolenta durante a viagem e não conseguia relaxar ela ficava muito tensa [...] Então pra mim tá levando ela pra outra cidade com o problema que ela tem é muito difícil” (S14 Jericó).

“Tem, justamente a dificuldade é essa porque não tem, não tem o profissional da área, o acesso é mais difícil, se, porque se tem o profissional da área se tem o psiquiatra aqui você não precisa ir nem pra Sousa, nem pra Caicó, nem pra outros cantos que vão né? Ai tem a questão esse médico, o de Sousa tá certo foi público mais 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 num 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, que na ocasião é sugerido na maioria das vezes por conhecidos, pelo cansaço propiciado pela quantidade de viagens e distância percorrida, ou mesmo por deixar seu parente internado em um lugar tão distante.

Assim, o município além da equipe da atenção básica, pode contar com um serviço de referência em saúde mental, um serviço de portas abertas 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 (NAVARINI; HIRDES, 2008).

Ainda, 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 ele sair de casa porque vejo o que o povo faz com os outros que tem problema mental, ficam xingando, mangando” (S8 Mato Grosso).

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, desta forma surgindo os preconceitos e estigmas. 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 (SPADINI; SOUZA, 2006).

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, atendimento médico e de outros profissionais, como apontados nos depoimentos subseqüentes:

“Não tem dificuldades, logo eu não saí de casa mais ela, quando eu saí é pra casa de minha família. Ela vai pra casa da família, ela dança mais todo mundo, mais eu, o encontro é pra 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).

Semelhante ao estudo de Lavall; Olschowsky; Kantorski (2009) que mostram a relação 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.

4. 2. 3 Categoria 3- Vivendo sem rede de saúde mental

De acordo com Borba et al. (2011), a família tem a função de assistir seus membros, atender suas necessidades e facilitar seu desenvolvimento e crescimento, no entanto é apontado pelos familiares que para conseguir exercer esse papel, ela precisa conhecer estratégias para o enfrentamento das situações adversas para começar a cuidar do outro. Deste modo, a partir do conhecimento das especificidades de cada família, a equipe de saúde da família pode instrumentá-las e estimular a participação no processo terapêutico do seu familiar (SEVERO et al., 2007).

Nesse contexto, as famílias entrevistadas em sua maioria apontaram que para o manejo do transtorno do seu parente, durante as crises psiquiátricas procuram apoio profissional em outros municípios, apontando também outro estado (Rio Grande do Norte), em sua maioria através de serviços particulares. Além disso, relataram não serem referenciados por nenhum profissional de saúde e sim por pessoas comuns. Duas relataram que os parentes não tinham crise e uma que não procura nenhum serviço. Apenas um familiar relatou procurar os serviços do município de Mato Grosso, sendo a Casa da Família o serviço apontado.

“Mulher quando ele entra em crise a gente leva logo pra Mossoró, a gente nem ocupa o pessoal, porque eu já sei como é o jeito dele [...] até hoje eu estou nisso ainda” (S4 Jericó).

“Às vezes a gente leva assim pra Catolé, porque ele dá assim desmaio, S., e F. também é mental” (S6 Mato Grosso).

“Posto de saúde por aqui num vou não, vou logo direto pro especialista, porque também esses médicos não dão remédio pra quem tem depressão minha filha” (S10 Jericó).

O que se pode observar é que os municípios não dispõem de estratégia para atender os familiares nos momentos de crises de seus parentes, mesmo ambos contando com serviços de nível secundário que poderia intervir diante da situação, e, além disso, não contam com serviços de referência em saúde mental para o atendimento das famílias em situação de sofrimento profundo. Deste modo, corroborando com o estudo realizado por Severo et al. (2007) que apontam os familiares não conseguem identificar serviços comunitários que possam atendê-los e proporcionar melhores condições de saúde.

Para requerimento de medicação sete famílias de Jericó relataram procurar médicos do município para a transcrição das medicações, o médico do hospital. Apenas relatou que o

familiar não fazia uso de medicação. Uma referiu pegar a medicação no Núcleo de Saúde em Catolé do Rocha, através da indicação de pessoas que já pegavam no mesmo lugar, e o restante dos depoentes compram a medicação usada por seus parentes.

“Consegui pegar o remédio dela lá no Núcleo, levando os documentos dela e tirando as xerox, o povo que tomava de lá me disseram que lá dava” (S1 Jericó).

“[...] eu vou no hospital e peço receitas porque só pode comprar com as receitas, somente, é o único serviço que eu tenho assim” (S14 Jericó).

Já no município de Mato Grosso dois não fazem uso de medicação e os outros recebem a medicação através da prefeitura do município.

“A medicação é eu pego aqui no posto” (S6 Mato Grosso).

“Esses medicamentos, graças a Deus o prefeito leva a receita e vem, por que se não era muito dinheiro” (S 12 Mato Grosso).

Diante disso, de acordo com o estudo realizado por Severo et al. (2007) existe um distanciamento das práticas de saúde mental nos municípios, que interferem no cotidiano dessas famílias. Já que se propõe que as atividades realizadas no PSF sejam equitativas e com a finalidade de promover intervenções de acordo com as reais necessidades da população.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa 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 através do surgimento de algumas patologias 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, desta forma não desempenhando o papel de assistência ao sujeito em sofrimento mental e sua família, tornando-se frequente o uso de serviços privados de municípios distantes para atender a demanda, o que acarretou expressões de falta de apoio e gastos com transporte, consultas médica e medicações. Sendo assim vale enfatizar que a ESF, diante de sua localização próxima a população, tem a facilidade de conhecer os sofrimentos dessas famílias e a partir disso desenvolver ações de acolhimento, escuta, minimizar situações de estresse e encaminhar para serviços especializados ocorrência mais complexas. Tudo isso, através do atendimento de médicos, enfermeiros e psicólogos.

Considera-se através dos resultados, que os municípios apresentam a inexistência de serviços que visem atender sujeito/familiar. Deste modo, não contam com serviços de referência e contra referência, acarretando, portanto, a sobrecarga dos familiares, que muitas vezes não apresentam condições e não são instrumentalizados para o cuidado. Sujeitos que desconhecem seus direitos de assistência a saúde, conquistada por meio de tantas lutas, sendo um direito de todos e dever do estado.

Nesse sentido, é de responsabilidade do profissional de enfermagem desempenhar ações de acolhimento, escuta, atenção e promoção de atividades que auxiliem o familiar no cuidado, gerando sua autonomia. Nesse caso, deve-se apontar que cuidar de uma pessoa com transtorno mental exige desprendimento, força, coragem e reconhecimento de suas singularidades, para que todas suas necessidades sejam atendidas, tornando-se importante o acompanhamento desses cuidadores que dedicam a maioria do seu tempo no lidar com o parente em sofrimento mental.

A partir do estudo, apresentou-se 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, expressando suas experiências, dificuldades e sofrimento no lidar com pessoas com transtorno mental em seus municípios, sem auxílio profissional. Deste modo, o estudo mostra a necessidade e atenção por meio dos gestores,

equipe de ESF a essas famílias. Portanto, propõe-se uma melhoria dos serviços de saúde existentes que são de acordo com Ministério da Saúde responsáveis por ações em saúde mental e a formulação de políticas municipais que busquem atender essa demanda e promover melhor qualidade de vida a esses sujeitos.

REFERÊNCIAS

ACOSTA A. R.; VITALE M. A. F.; org. **Família: redes, laços e Políticas públicas**. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.

ALVES, C. C. F.; SILVEIRA, R. P. Família e redes sociais no cuidado de pessoas com transtorno mental no Acre: o contexto do território na desinstitucionalização. **Rev. APS**. V. 14, n. 4, p 454-463, 2011.

AMARANTE, P. Novos sujeitos, Novos direitos: o debate em torno da Reforma Psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**. V. 11, n.3, 1995.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro, 2000.

AMARANTE, P. Saúde Mental, políticas e instituições: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: Fiocruz / Fiocruz, 2003.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ANTONACCI, M. H.; PINHO L.B. Saúde mental na atenção básica: uma abordagem convergente assistencial. **Rev Gaúcha Enferm**. V. 32, n.11, p. 36-42, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000100018&script=sci_arttext>. Acesso em: 03. Nov. 2012.

BANDEIRA, M.; CALZAVARA, M. G. P.; CASTRO; I. Estudo de validade de escala de sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. **J. Bras. Psiquiatr**. V. 57, n. 2, p 357- 362, 2008. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852008000200003>. Acesso em: 03. Nov. 2012.

BARGA, E. G.; OLIVEIRA, A. A. O modelo de assistência da equipe matricial de saúde mental no programa saúde da família do município de São José do Rio Preto (Capacitação e educação permanente aos profissionais de saúde na atenção básica). **Arq. Ciênc. Saúde**. V. 14, n. 1, p 52-63, 2007. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_01/vol-14-1/ID224.pdf>. Acesso: 01. Fev. 2013.

BIELEMANN V. L. M. et al. A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. **Texto Contexto Enferm**. V 8, n. 1, p 131-139, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a16.pdf>>. Acesso em: 03. Nov. 2012.

BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cad. Saúde Pública**. V. 24, n. 2, p 456-

468, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200025>. Acesso em: 03. Nov. 2012.

BORBA, L. O. et al. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. **Rev. Esc. Enferm. USP**. V. 45, n. 2, p 442-449, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a19.pdf>>. Acesso em: 09. Nov. 2012.

BRAGA, A. M. P.G; BRAGA, M. E. B. P. **Política de Saúde Mental do Sistema Único de Saúde –SUS: avaliando a política de saúde mental no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Araruna/PB. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão pública Municipal) - Curso de Especialização em Gestão pública Municipal. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2011. Disponível em:< http://portal.virtual.ufpb.br/biblioteca-virtual/files/polatica_de_saade_mental_do_sistema_unico_de_saade_sus_avaliando_a_politica_de_saade_mental_no_centro_de_atencao_psicossocial_caps_de_ararunapb_1343394154.pdf>** Acesso em: 13. Dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº196, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário oficial da União, Poder executivo, Brasília, DF, 1996.**

_____. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental**. 3º Ed. Brasília, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004b.**

_____. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília (DF); 2004c. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf>. Acesso em: 30. Out. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Saúde Mental passo a passo: como organizar a rede de saúde mental no seu município?**. Brasília, 2008. Disponível em < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/rede_de_saude_mental_revisado_6_11_2008.pdf >. Acesso em: 12. Dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados - 9, ano VI, nº 9. Informativo eletrônico. Brasília, 2011. Disponível em< www.saude.gov.br/bvs/saudemental> Acesso em: 13. Dez. 2012.

_____. Auditoria no Sisnad: TCU verifica insuficiência de Caps no Brasil. **Tribunal de Contas da União**, 2012. Disponível em: <http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/imprensa/noticias/detalhes_noticias?noticia=4217499>. Acesso em: 29. Jan. 2012.

BRITTEN, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**/ Catherine Pope, Nicholas Mays; tradução Anannyr Porto Fajardo. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CAVALCANTE, M. T. A Reforma Psiquiátrica brasileira: ajudando a construir e fortalecer o Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúd. Púb.** V. 24, n. 9, p 1962- 1963, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n9/01.pdf>>. Acesso em: 09. Nov. 2012.

CAVALHERI, S. C. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. **Rev. Bras. Enferm.** V. 63, n. 1, p 51- 57, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a09.pdf>>. Acesso em: 13. Nov. 2012.

CIRILO, L. S. **Novos Tempos: Saúde Mental, CAPS e cidadania no discurso de usuários e familiares**. Campina Grande, 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Mestrado Interdisciplinar em Saúde Coletiva, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande. Disponível em: <http://bdtd.uepb.edu.br/tde_arquivos/1/TDE-2009-08-07T102615Z-55/Publico/LiviaSalesCirilo.pdf> Acesso em: 20. Dez. 2013.

COIMBRA, V. C. C. et al. Avaliação da satisfação dos usuários com o cuidado de saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP.** V. 45, n. 5, p 1150-1156, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a17.pdf>>. Acesso em: 13. Nov. 2012.

ESTEVAM, M. C. et al. Convivendo com transtorno mental: perspectiva de familiares sobre atenção básica. **Rev Esc Enferm USP.** V. 45, n. 3, p 679-86, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a19.pdf>>. Acesso em: 13. Nov. 2012.

FOUCALT, M. A. A História da Loucura na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FULFARO, M. Serviços de saúde mental gratuitos. **Mariana Fulfaro terapeuta ocupacional**, 2010. Disponível em: <<http://www.marianaterapeutaocupacional.com/duvidas-frequentes/www/centros-de-atencao-psicossocial-na-paraiba/>>. Acesso em: 12. Dez. 2012.

GARELA, S. A. F. et al. Pesquisa com famílias de portadores de transtorno mental. **Rev. Bras. Enferm.** V. 64, n. 4, p 774-778, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672011000400022&script=sci_arttext>. Acesso em: 13. Nov. 2012.

GONÇALVES, A. M.; SENNA, R. R. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev. Latino ame. Enferm.** V. 9, n. 2, p 48-55, 2001.

GLAT, R. **Somos iguais a vocês: depoimentos de mulheres com deficiência mental.** Rio de Janeiro: Agir; 1989.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades.** [online] Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 12. Dez. 2012.
KALOUSTIAN, S. M. **Família brasileira a base de tudo.** São Paulo: Cortez, 1998

KOCHER, J. C. **Fundamentos de Metodologia Científica: teoria da ciência e iniciação à pesquisa.** 29 ed. Rio de Petrópolis: Vozes, 2011.

LAVALL, E.; OLSCHOWSKY, A.; KANTORSKI, L.P. Avaliação de família: rede de apoio social na atenção em saúde mental. **Rev. Gaúcha Enferm.** V. 30, n. 2, p198- 205, 2009. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4200/6676>>. Acesso em: 13. Nov. 2012.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de Metodologia Científica.** 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LEOPARDI, M. T.; BECK, C. L. C; NIETSCH, E. A.; GONZALES, R. M. **Metodología da Pesquisa na Saúde.** Santa Maria: Pallotti, 2001.

LUCCHESI, R.; OLIVEIRA, A. G. B.; CONCIANI, M. E.; MARCON, S. R. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro. V. 25, N. 9, p- 2033-2042, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n9/17.pdf>>. Acesso em: 03. Nov. 2012.

LUZIO, C. A; L'ABBATE, S. A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva.** V.14, n. 1, p. 105-116, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100016>. Acesso em: 03. Nov. 2012.

MALDONADO, J. G.; URIZAR, A. C.; KAVANAGH, D. J.; Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.** V. 40, p 899-904, 2005.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa.** 6 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MENEGUINI, F. **Apoio Matricial em Saúde Mental: relato de uma experiência local.** 2012. Monografia (Residências Médica em Psiquiatria) - Curso de Residência Médica em Psiquiatria do Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha. São Paulo, 2012.

Disponível em:<

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=642624&indexSearch=ID>> Acesso em: 30. Jan. 2013.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Mental**. Marta Elizabeth de Souza. 1ªed. Belo Horizonte, 2006.

MINAYO, M. C. S; DESLANDES, S.F; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 25 ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MINAYO, M. C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo: Heritec, 2010.

MORENO, V.; ALENCASTRE, M. B. A trajetória da família do portador de transtorno mental. **Rev. Esc. Enferm. USP**. V. 37, n. 2, p 43-50, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a19.pdf>>. Acesso em: 03. Nov. 2012.

NAVARINI, N.; HIRDES, A. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. **Texto Contexto Enferm**. V. 17, n, 4, p 680-688, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/08.pdf>>. Acesso em: 25. Dez. 2012

NEVES, H.G.; LUCCHESI, R.; MUNARI, D.B. Saúde Mental na Atenção primária: necessária constituição de competências. **Rev. Bras. de Enfermagem**. V. 66, n.4, p. 666-670, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/25.pdf>>. Acesso em: 03. Nov. 2012.

OLIVEIRA, F.B. de. **Construindo saberes e práticas em saúde mental**. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária, 2002.

PARAÍBA. Tribunal de Contas do Estado- TCE. **Relatório de Auditoria Operacional na Estratégia de Saúde da Família no Estado da Paraíba**. João Pessoa, 2009. Disponível em: <<http://portal.tce.pb.gov.br/wp-content/uploads/2011/07/Relat%C3%B3rio-final.pdf>> Acesso em: 18. Dez. 2012.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POPE, C; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

REINALDO, A. M. S. Saúde mental na atenção básica como processo histórico de evolução da psiquiatria comunitária. **Rev. Esc. Anna Nery Ver. Enferm**. V. 12, n. 1, p 173-178, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n1/v12n1a27.pdf>>. Acesso em: 13. Nov. 2012.

RIBEIRO, L. M. et al. Saúde mental e enfermagem na estratégia de saúde da família: como estão atuando o enfermeiro? **Rev. Esc. Enferm. USP.** V. 44, n. 2, p 376-382, 2010.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000200019&script=sci_arttext>. Acesso em: 13. Nov. 2012.

SOARES, C. B.; MURANI, D.B. Considerações acerca da sobrecarga em familiares de pessoas com transtorno mentais. **Ciênc. Cuidado Saúde.** V. 6, n. 4, p 357-362, 2007.

Disponível em:

<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4024/2717>>. Acesso: 02. Nov. 2012.

SEVERO, A. K. S. et al. A experiência de familiares no cuidado em saúde mental. **Arquivos Brasileiros de Psicologia.** V. 59, n. 2, p. 145-155, 2007. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1809-52672007000200005&script=sci_arttext>. Acesso: 02. Nov. 2012.

SEABRA, G. **Pesquisa Científica: o método em questão.** 2 ed. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2009.

SCÓZ, T.M.X.; FENILI, R.M. Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no programa de saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** V. 5, n. 2, p 71-77,

2003. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista5_2/pdf/mental.pdf> Acesso: 02. Fev. 2013.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico.** 23 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SCHNEIDER, A. R. **A construção da rede de atenção em saúde mental de um município do sul do Brasil.** Barbarói. N. 28, 2008.

SILVA, M. B. B. Reforma, responsabilidades e redes: sobre o cuidado em saúde mental. **Ciências e Saúde Coletiva.** V. 14, n. 1, p 149- 158, 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000100020&script=sci_arttext>. Acesso: 02. Fev. 2013.

SILVA, K. V. L.G.; MONTEIRO, A. R. M. A família em saúde mental: subsídios para o cuidado clínico de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP.** V. 45, n.5, p 1237-1242, 2011.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500029>. Acesso: 30. Jan. 2013.

SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. A. B. Acerca do conceito da loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Revista Latino Americana de Enfermagem.** V.13, n. 4, p 591-

595, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000400019&script=sci_arttext>. Acesso: 30. Jan. 2013.

SILVEIRA, D.P.; VIEIRA, A.L.S. Saúde Mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. V. 14, n. 1, p 139-148, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000100019&script=sci_arttext>. Acesso: 30. Jan. 2013.

SPADINI, L. S.; SOUZA, M. C. B. M. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. **Rev. Esc. Enferm. USP**. V. 40, n. 1, p 123-127, 2006. . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000100018>. Acesso: 13. Nov. 2012.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenções na família**. Tradução Silva Spada. São Paulo: Roca, 2012.

TOWNSEND, M. C. **Enfermagem psiquiátrica: conceitos e cuidados**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

APÊNDICES

ANEXO A
DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL
MUNICÍPIO DE JÉRICO

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL
PREFEITURA MUNICIPAL DE JERICÓ
CNPJ: 08.931.495/0001-84
RUA PRAÇA FREI DAMIÃO, S/N, CENTRO, CEP: 58830-000

DECLARAÇÃO

Eu, Maria José Araújo Diniz Barbosa, Secretária de Saúde do Município de Jericó- PB autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: "Experiências dos familiares de pessoas com transtorno mental frente à inexistência de rede em saúde mental em municípios de pequeno porte", que será realizada neste município, tendo como pesquisadora a professora Ms. Álissan Karine Lima Martins e colaboradora Luana Idalino da Silva acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG.

Jericó, 16 de Fevereiro de 2013



Maria José Araújo Diniz Barbosa

Secretária de Saúde

Jericó - PB

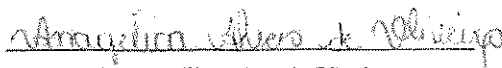
ANEXO B
DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DO
MUNICÍPIO DE MATO GROSSO

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL
PREFEITURA MUNICIPAL DO MATO GROSSO
CNPJ: 02.613.316/0001-11
RUA CIRILO JOSÉ LIMA, S/N, CENTRO, CEP: 58832-000

DECLARAÇÃO

Eu, Ana Angélica Alves de Oliveira, Secretária de Saúde do Município de Mato Grosso- PB autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: "Experiências dos familiares de pessoas com transtorno mental frente à inexistência de rede em saúde mental em municípios de pequeno porte", a ser realizada neste município, tendo como pesquisadora a professora Ms. Álissan Karine Lima Martins e colaboradora Luana Idalino da Silva acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG.

Mato Grosso, 16 de Fevereiro de 2013




Ana Angélica Alves de Oliveira
Secretária de Saúde
Mato Grosso – PB

ANEXO C
DOCUMENTO ENCAMINHADO PARA PLATAFORMA BRASIL

25/04/13

Plataforma Brasil


 REBEC
 Rede de Estudos em Saúde


Alicia Marina Lima Martins - Pesquisador | V2.16

Credenciais

Sistema de Gestão de Projetos - 2013 - 07

Você está em: Pesquisador > Gerir Pesquisa > Detalhar Projeto de Pesquisa

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA**Dados do Projeto de Pesquisa**

Título da Pesquisa: EXPERIÊNCIAS DOS FAMILIARES DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL FRENTE À INEXISTÊNCIA DE REDE EM SAÚDE MENTAL EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE

Pesquisador: Alicia Marina Lima Martins

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 13731313.7.0000.5182

Submetido em: 26/02/2013







Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE (Centro de Formação de Professores)

Situação: Em Avaliação Ética

Localização atual do Projeto: Hospital Universitário Alcides Carneiro / Universidade Federal de Campina Grande

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Documentos Postados do Projeto

Tipo Documento	Situação	Arquivo	Postagem
Interface REBEC	A	 REBEC_XML_INTERFACE_REBEC.xml	26/02/2013 18:25:23
Projeto de Pesquisa	A	 REBEC_PROJETO DE PESQUISA_137313.pdf	26/02/2013 18:25:22
Projeto de Pesquisa (Anexado pelo Pesquisador)	A	 PROJETO LUANA.doc	26/02/2013 18:24:48
Folha de Rosto	A	 Folha de Rosto Luana.doc	26/02/2013 18:18:32
Outros	A	 Luana-1.pdf	26/02/2013 18:15:58
TCE - Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	A	 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - Condição 2.doc	24/02/2013 22:36:11

[Listar Todos »](#)
Tramitação:

CEP Trâmite	Situação	Data Trâmite	Parecer	Informações
Hospital Universitário Alcides Carneiro / Universidade Federal de Campina Grande	Submetido para avaliação do CEP	26/02/2013		
Hospital Universitário Alcides Carneiro / Universidade Federal de Campina Grande	Aceitação do PP	12/03/2013		

Localização atual do Projeto: Hospital Universitário Alcides Carneiro / Universidade Federal de Campina Grande

Voltar	Gerar Interface REBEC
------------------------	---------------------------------------

Este sistema foi desenvolvido para os navegadores Internet Explorer (versão 7 ou superior), ou Mozilla Firefox (versão 8 ou superior).

APÊNDICE A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade Federal de Campina Grande Centro de Formação de Professores

ESTUDO: “Experiências dos familiares de pessoas com transtorno mental frente à inexistência de rede em saúde mental em municípios de pequeno porte”.

Você está sendo convidado (a) a participar deste projeto de pesquisa que tem como objetivo geral conhecer as experiências dos familiares de pessoas com transtorno mental frente à inexistência de rede em saúde mental em municípios de pequeno porte no Alto Sertão Paraibano e como objetivos específicos: investigar a assistência oferecida pela rede de saúde do município no âmbito da saúde mental; analisar as perspectivas dos familiares de pessoas com transtorno mental acerca da vivência em município que não possui rede de saúde mental e identificar os principais desafios para manejo do transtorno mental do seu familiar. O estudo justifica-se pela fragilidade nas ações em saúde mental na Atenção Básica em municípios de pequeno porte, que mostra a necessidade de uma assistência voltada a pessoa com transtorno mental e seu familiar. Para tanto, será utilizado como instrumento de coleta uma entrevista que buscará coletar os depoimentos dos participantes através de questões abertas e, assim alcançar os objetivos propostos.

As informações abaixo citadas são necessárias para o conhecimento da pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de grande importância, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

Você deverá estar ciente que:

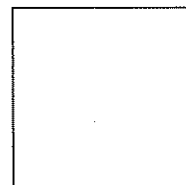
- I) O estudo se faz necessário para que se possa conhecer as experiências dos familiares de pessoas com transtorno mental frente à inexistência de rede em saúde mental em municípios de pequeno porte no Alto Sertão Paraibano
- II) A coleta dos dados será realizada através da técnica história de vida utilizando uma entrevista semi-estruturada com questões abertas, sendo o gravador utilizado para realizar a entrevista;
- III) A participação neste projeto não tem objetivo de me submeter a um tratamento, bem como não me acarretará qualquer ônus pecuniário com relação aos procedimentos médico-clínico-terapêuticos efetuados com o estudo;
- IV) Você tem a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;
- V) A sua desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico nem virá a interferir no atendimento ou tratamento médico;
- VI) Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo. No entanto, deverá a concordância para que os dados sejam divulgados em publicações científicas, desde que as informações pessoais não sejam mencionadas;
- VII) Caso deseje, você poderá pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa.
- VIII) Riscos: este estudo apresenta risco de identificação do participante, nesse sentido na elaboração do estudo serão utilizadas codificações, para preservar o anonimato do participante. Benefícios: a pesquisa busca colaborar para o direcionamento de ações e organização de serviços, ainda 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.

- IX) No caso de alguma dúvida, você pode entrar em contato com a pesquisadora Prof. Ms. Álissan Karine Lima Martins, diretamente no endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, S/N, Casas Populares, Cajazeiras – PB ou com a colaboradora Luana Idalino da Silva, residente na Rua Anterino Justiniano de Sousa, s/n, João Rosado, Jericó- PB, telefone: (83) 99845321/ 99115614.
- X) Caso sinta-se prejudicado (a) por participar desta pesquisa, você poderá recorrer ao CFP/HUAC, do Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Centro de Formação de Professores, Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n, Casas Populares, Cajazeiras-PB, Tel: (83) 3532-2000 CEP 58900-000.
- XI) Após todos os esclarecimentos da pesquisa, você deverá assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, ficando uma das vias com o pesquisador e outra com você.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, _____, portador da Cédula de identidade, RG _____, e inscrito no CPF/MF _____, abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do estudo “Experiências dos familiares de pessoas com transtorno mental frente à inexistência de rede em saúde mental em municípios de pequeno porte”. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Cajazeiras, _____ de _____ de 2013.



Assinatura Dactiloscópica

() Participante / () Assinatura do Responsável

Responsável pelo Projeto:

 Prof. Ms. Álissan Karine Lima Martins
 Telefone para contato: (083) 87971268
 Rua Sérgio Moreira De Figueiredo, S/N, Casas Populares, Cajazeiras – PB

Colaborador

 Luana Idalino da Silva
 Telefone para contato: (83) 99845321/99115614
 Rua Anterino Justiano de Sousa, s/n, João Rosado, Jericó- PB

APÊNDICE B
INTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

ENTREVISTA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA:

Data: ___/___/___

Nome (iniciais): _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Profissão/Ocupação: _____

Município: _____

Idade: _____

Renda familiar: () < 1 salário () > 2 salários

Escolaridade: () Nenhuma () Fundamental completo () Fundamental incompleto () Ens.

Médio completo () Ens. Médio incompleto () Superior completo () Superior incompleto

Estado civil: () Solteira () Casada () Separada () Viúva

Parentesco com pessoa com transtorno mental: () Mãe () Pai

() Irmã () Irmão

() Marido () Esposa

() Outro

DADOS REFERENTES AOS OBJETIVOS DA TEMÁTICA EM ESTUDO:

1. Fale-me de sua vida como cuidador (a) de uma pessoa com transtorno mental?

2. Quais são os serviços de saúde que o seu município oferece para assistir a pessoa com transtorno mental?

3. Já necessitou da ajuda de algum profissional? Qual profissional procurou e como foi atendido?

4. Você enfrenta dificuldades no cuidado de seu familiar com transtorno mental em no seu município? Quais? Descrevam melhor.

5. Quais serviços procuram no momento de crises psiquiátricas do seu parente, ou mesmo para requerimento de medicações?

ANEXO (S)