



## Artigo Original

# Experiência de familiares no cuidado em saúde mental

*Experience in family care in mental health*

**Samantha de Almeida Nóbrega<sup>1</sup>**

**Maria Wanderleya de Lavor Coriolano<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Faculdade Integrada de Patos

<sup>2</sup> Universidade Federal de Pernambuco

**RESUMO** – Objetivo: compreender como repercute a problemática do transtorno mental na vida de familiares e cuidadores dos usuários do CAPs de Acopiara-Ceará. Método: Estudo exploratório-descritivo, qualitativo que utilizou entrevistas semi-estruturadas como instrumento de coleta de dados. Resultados: Os dados revelaram que a mulher continua sendo socialmente responsável pelo suprimento das demandas afetivas e de cuidado dos membros familiar, inclusive dos portadores de transtorno mentais. Apontaram dificuldades no papel de cuidadoras, por não receberem informações e apoios necessários para a prestação do cuidado. Considerações finais: Conhecer e compreender a dinâmica familiar dessas famílias constitui-se forte estratégia para melhoria da assistência em saúde mental e promoção da qualidade de vida desses usuários.

**Palavras-chave:** Família; Cuidadores; Saúde Mental.

**ABSTRACT** – Objective: To understand how it impacts the problem of mental disorder in the lives of family members and carers of users of PACs Acopiara-Ceará. Methods: Exploratory-descriptive qualitative study that used semi structured interviews as a tool for data collection. Results: the data reeled that the woman is still socially responsible for supplying the affection demands and caring of family members, including the ones that suffer from mental illness. Difficulties were indicated in the role of caregivers for the care promotion. Final consideration: knowing and understanding the familiar dynamic constitute a strong strategy for improving mental health assistance and promotion of life quality of the users.

**Keywords:** Family; Caregivers; Mental Health.

## 1. INTRODUÇÃO

No final da década de 70 com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, associado e possibilitado pela abertura democrática do contexto político do país e posteriormente com a entrada de um novo ator social, o usuário, até então esquecido, com destaque para a participação social, na gestão das políticas de saúde. Iniciou-se um questionamento sobre o saber e prática psiquiátrica, com novas configurações na abordagem em saúde mental, com ênfase para o papel da família.

A partir do movimento da Reforma psiquiátrica o cenário da atenção em saúde mental vem sendo marcado por mudanças ideológicas, estruturais e políticas nas ações de saúde mental demandando ações com vistas a um atendimento mais humanizado, de forma a garantir ao portador de transtorno mental sua dignidade enquanto cidadão.

A Reforma Psiquiátrica consiste em um processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivo e estratégia o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da Psiquiatria<sup>1</sup>.

Esse movimento trouxe ainda a responsabilização da família e dos serviços de saúde no tratamento e na reabilitação do portador de transtorno mental, por meio da assistência dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Nesse sentido, a família assume novos papéis no cuidado, centrado na acolhida, na escuta e em novas formas de convívio, através da superação dos tratamentos anteriores baseados no isolamento e exclusão.

Entretanto, não basta modificar os locais de atendimento ao portador de doença mental, se não forem modificadas as representações associadas à doença mental, tanto por parte da família como dos profissionais que assistem a esta clientela, por meio de um movimento que dissocie a loucura da violência, da improdutividade e da incapacidade de articulação social como sinônimos da doença mental. Por isto, a

### Autor correspondente

**Samantha de Almeida Nóbrega**

Faculdades Integradas de Patos

Secretaria Municipal de Saúde de Acopiara, CAPS

63560-000 - Fortaleza, CE - Brasil

E-mail: [samanthanobrega@yahoo.com.br](mailto:samanthanobrega@yahoo.com.br)

Artigo submetido em 22/10/2010

Aprovado em 30/11/2010

Reforma Psiquiátrica traz conceitos complexos e inovadores, modificando o foco da atenção da doença para o sujeito, destacando novas formas de interação entre os profissionais de saúde, por meio do atendimento interdisciplinar.

No que se refere às configurações familiares, co-responsáveis pelo cuidado ao portador de doença mental, no novo modelo proposto após a Reforma Psiquiátrica, conceituamos família como um sistema, pois este conceito possibilita incluir todos os tipos de famílias existentes, como a nuclear, ramificada, dual, dentre outras. A família brasileira é, ainda predominantemente, nuclear, isto é, cada um se reproduzindo e definindo papéis e tarefas, para cumprimento pelos seus membros, a partir dos padrões intrafamiliares, levando em conta, também, a região em que vive<sup>2</sup>.

Desta forma, a ruptura com o que se entendia como psiquiatria não pode ser feita apenas com a mudança de referenciais, mas precisa ser desenvolvida por meio de ações efetivas na comunidade e nas famílias, incluindo pesquisas teórico-práticas que tratem das possibilidades do cuidado no cotidiano<sup>3</sup>.

Assim, o presente estudo traz como pergunta condutora: Como repercute a problemática do transtorno mental na vida de familiares cuidadores dos usuários do Caps de Acopiara-Ceará?

Diante das evidências torna-se clara a necessidade de estudar a repercussão do transtorno mental no familiar cuidador para que os serviços de saúde em geral e a comunidade possam subsidiar ações na melhoria na assistência, bem como contribuir na melhoria da qualidade de vida do portador de transtorno mental e sua família.

O estudo teve como objetivo compreender como repercute a problemática do transtorno mental na vida de familiares e cuidadores dos usuários do CAPs de Acopiara-Ceará.

## 2. PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa foi desenvolvida no Centro de Atenção Psicossocial Dr. Gentil Lima Rodrigues, (CAPS tipo I) da cidade de Acopiara-CE no período de Maio a Junho de 2010. Trata-se de um estudo exploratório- descritivo de natureza qualitativa<sup>4</sup>.

Os participantes da pesquisa foram escolhidos mediante consulta a prontuários do serviço para a realização desse estudo, a partir dos seguintes critérios: os familiares dos pacientes deveriam ter idade superior a 18 anos; ser o cuidador principal;

participar do acompanhamento do paciente com transtorno mental no CAPS há pelo menos um ano. Foram excluídos do estudo prontuários de usuários acometidos por deficiência mental e dos seguintes transtornos mentais: transtorno de personalidade, transtornos de natureza orgânica e psicoses alcoólicas.

Os prontuários serviram apenas como método de recrutamento dos cuidadores entrevistados, sem utilização de informações disponíveis nestes documentos.

A partir do critério de saturação dos dados, a pesquisa totalizou um grupo de doze participantes.

Para a coleta de dados foi utilizada a técnica mais usual no trabalho de campo, a entrevista do tipo semi estruturada. Com o consentimento dos entrevistados, as entrevistas foram gravadas em arquivo digital e transcritas na íntegra, uma vez que este recurso permite um registro fiel das falas dos entrevistados.

Quanto aos procedimentos, primeiramente, foi solicitado a Secretaria de Saúde a autorização para a realização do estudo no CAPS da cidade. Com essa permissão, selecionaram-se os participantes de acordo com os critérios de inclusão. Posteriormente foram visitados em suas residências, sendo feitos esclarecimentos e pedidos de autorização para a participação. As entrevistas foram gravadas, ouvidas e posteriormente, analisadas com base em categorias construídas seguindo orientações metodológicas definidas por Bardin (1979) com seu método de Análise de Conteúdo<sup>5</sup>.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que continha explicações sobre o estudo e igualmente garantia do anonimato e a confidencialidade dos dados coletados. Os entrevistados foram identificados pela letra C (cuidador) acompanhada do número da entrevista.

Os aspectos éticos foram devidamente respeitados, mantendo a observância da Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa - COÉTICA da Universidade de Fortaleza –UNIFOR, sob o parecer nº88 /2010.

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados possibilitaram identificar os cuidadores familiares dos usuários, com dados relacionados ao perfil sócio-econômico e demográfico, além do levantamento das principais atividades prestadas pelo

cuidador, dificuldades apontadas na convivência com o portador de doença mental.

A partir das informações colhidas, foi traçado o perfil sócio-econômico e demográfico dos entrevistados, além da construção de duas categorias temáticas a partir da leitura transversal e vertical de suas falas, que foram as seguintes: Atividades Prestadas e as dificuldades apontadas e Suporte Psicossocial à família e ao ente enfermo.

### 3.1 Caracterização das famílias estudadas

**Tabela 1-** Perfil sócio-econômico e demográfico das famílias de portadores de transtorno mental do CAPS. Acopiara-Ceará, 2010.

Característica	n	(%)
<b>Idade</b>		
25 a 49 anos	07	58,3
50 anos ou mais	05	41,7
<b>Sexo</b>		
Masculino	0	0,0
Feminino	12	100,0
<b>Parentesco</b>		
Irmã	02	16,6
Mãe	09	75,0
Cunhada	01	8,4
<b>Escolaridade</b>		
Ensino fundamental incompleto	09	75,0
Ensino fundamental completo	01	8,3
Ensino médio incompleto	01	8,3
Ensino Médio completo	01	8,3
<b>Renda familiar</b>		
< 1 salário mínimo	03	25,0
1 Salário mínimo - 1 salário e meio	09	75,0
<b>Ocupação</b>		
Aposentada	02	16,7
Do lar	05	41,7
Doméstica	04	33,3
Mercado formal (comércio)	01	8,3
<b>Número de pessoas no domicílio</b>		
3 a 4 pessoas	6	50,0
5 pessoas	4	33,3
6 pessoas	2	16,7

Os participantes desse estudo totalizaram 12 (doze) familiares cuidadores de usuários com transtorno mental. Todos eram do sexo feminino, indicando que mesmo com a inserção da mulher no mercado de trabalho, elas ainda são socialmente responsabilizadas pelo suprimento das demandas afetivas e de cuidado dos membros familiares, tendo que se dividir entre as atividades profissionais e domésticas ou renunciar seus projetos de vida em prol dos parentes dependentes de cuidado.

Corroborando estes achados salienta-se que, embora não tão evidente nos dias de hoje, nas famílias tradicionais ainda subsiste a idéia de que a mulher deve ser condicionada a assumir os papéis de esposa e mãe, colocando-os à frente de seus interesses individuais<sup>6</sup>.

Dentre os entrevistados que prestam o cuidado principal aos usuários com transtorno mental, 02 (duas) eram irmãs, dos cuidadores, 09 (nove) eram genitoras do usuário, 1 (uma) cuidadora, era cunhada.

Devido às novas configurações familiares que refletem na mudança e concepção do modelo tradicional da Família, tem-se a composição do núcleo familiar dos cuidadores diversificado, sendo evidentes as novas formas de união.

Quanto à composição familiar, o número de pessoas que residiam com os usuários do CAPS seguia a seguinte distribuição: famílias que possuíam 3 a 4 pessoas residindo no domicílio (seis famílias); famílias que possuíam 05 pessoas (quatro famílias); famílias que possuíam 06 pessoas (duas famílias).

Em relação à faixa etária as cuidadoras familiares encontravam-se na faixa etária variando de 25 a 64 anos. Apenas duas participantes estavam na faixa etária de 25 a 49 anos. As demais possuíam 50 anos ou mais, aproximando-se do início do envelhecimento, ou seja, numa idade em que menos de 10 anos os separam do que a legislação considera pessoa idosa (60 anos) e, portanto estão prestes a passar de produtoras a demandatárias de cuidados. Este aspecto encontra-se corroborado por outro estudo que aborda cuidadores de pacientes com doenças crônicas, evidenciando a idade avançada como um dos principais achados no perfil deste público<sup>7</sup>.

O nível de escolaridade das entrevistadas evidenciou-se baixo, juntamente com a renda familiar. A escolaridade das cuidadoras genitoras mostrou que a totalidade freqüentou apenas as primeiras séries do ensino fundamental, sendo que 1(uma) estudou até a 1ª série, 3 (três) estudaram até a 2ª série, 1 (uma) estudou até a 3ª série, 3 (três) estudaram até a 4ª série e 1 (uma) conseguiu alcançar a 6ª série. As cuidadoras irmãs de portadores de transtorno mental, totalizando 2 (duas) alcançaram séries mais avançadas dentre elas, a 8ª série e o 1º ano do Ensino Médio. A cuidadora cunhada conseguiu concluir o Ensino Médio.

Quanto à ocupação, apenas 1 (uma) entrevistada possui atividade produtiva remunerada no mercado de trabalho formal, 4 (quatro) prestam eventuais serviços domésticos a terceiros (como

lavagem de roupas, faxinas), 1 (uma) é pensionista, 1 (aposentada) e as outras 5 (cinco) não trabalham, mas prestam serviços domésticos em seus próprios lares.

Com relação à renda familiar, nove famílias das 12 recebem até 1 salário e meio, incluem-se aqui os beneficiários do BPC (Benefício de Prestação Continuada), consistindo no pagamento de um salário mínimo mensal a pessoas com 65 anos de idade ou mais e a pessoas com deficiência incapacitante para a vida independente e para o trabalho, previsto na Constituição Federal de 1988 e na Lei 8.742, mais conhecida como Lei Orgânica da Assistência Social de 07.12.93 e a renda do companheiro/marido, cuidadora ou outro ente.

O restante das famílias das entrevistadas, 03 (três) no total, recebem menos que um salário mínimo contando mensalmente com os benefícios oriundos de programas de transferência de renda como o Bolsa-Família para complementar a renda.

A partir da leitura das entrevistas realizadas e análise por meio da Técnica Análise de Conteúdo de Bardin, foram elaboradas as categorias apresentadas a seguir.

### 3.2 Temática 1: Atividades Prestadas e as dificuldades apontadas

Nos relatos das entrevistadas foram citadas como principais atividades de cuidado, o preparo e administração da alimentação, higiene e conforto, vestuário, condução e acompanhamento nas consultas, administração das medicações e auxílio na mobilidade. Ficou evidente a ausência da figura masculina na realização das tarefas, como se a mulher tivesse por obrigação executá-las sozinhas. Especulase que isto se deve ao fato de que a mulher se torna socialmente pressionada a assumir o encargo do cuidado como desejo intrínseco da maternidade, associado à identidade feminina que, segundo o imaginário coletivo, nasceu para exercer esse papel e que, mesmo tendo possibilidade e autonomia de renúncia a ele, raramente o faz<sup>8</sup>.

Identificou-se que o dia-a-dia junto com o portador de transtorno mental é difícil e trabalhoso porque requer demanda de tempo e dedicação à prestação dos cuidados. As maiores dificuldades apontadas são relativas às condições financeiras, muitas vezes ocasionadas pela falta do benefício assistencial ou previdenciário destinado ao portador, incluído dentre os critérios para sua concessão e diante do fato do mesmo não ter capacidade de contribuir na renda familiar.

Minha principal dificuldade é o dinheiro que não temos. Eu sei que ele poderia desenvolver mais se participasse das atividades do Caps, mas o sítio é longe e não temos o dinheiro para pagar o transporte toda semana. (C.1)

Só Deus sabe o que fazemos pra ele ter esse remédio, que é caro.(...) As vezes a gente consegue, mas não é sempre, é por isso que eu tenho que trabalhar fora e deixar ele com minha filha mais nova de 10 anos. (C.5)

Cinco cuidadoras expressaram como uma das dificuldades enfrentadas a conciliação dessas tarefas corriqueiras com àquelas do trabalho formal ou informal, sobrecarregando-as fisicamente e emocionalmente. Relataram a falta de apoio por parte de outros membros familiares e o sentimento de impotência diante dos comportamentos alterados, específicos de determinados transtornos, como teimosia e agressividade.

Minha maior dificuldade é ser sozinha para cuidar dele. Meu marido mal ajuda e prefiro que ele nem me ajude, porque ele não tem paciência e pra lutar com gente assim, tem que ter muita, porque às vezes a gente se machuca. (C.2)

Minha vida é dura. Só sou eu sozinha para cuidar dele, meu marido não tem essa obrigação, ele não é o pai (...). Faço de tudo para que meu filho fique bem e ainda vem gente dizer que eu poderia cuidar dele melhor, me critica, as agentes de saúde principalmente (...) queria ver se fossem elas no meu lugar. (C.6)

Os relatos das entrevistadas denotam a questão da dificuldade dos familiares e em especial os cuidadores em lidar com o ente enfermo e muitas vezes reeditam práticas manicomialis, como acreditar que a solução do problema venha ser na internação do paciente, como abordado pela participante C.8:

O que levo não é vida. Já tô chegando na minha velhice e quem cuidará de mim? E dele? Eu não sei.(...) só resta a internação. (C.8)

Há ambientes familiares, com alto grau de emotividade negativa, como desencadeantes de recidivas hospitalares, decorrentes de comportamentos agressivos, ofensivos e acusatórios tanto por parte do portador de transtorno mental, como hostilidades e críticas, advindos dos demais membros familiares<sup>9</sup>.

Outra dificuldade apontada são os constantes conflitos familiares causados pela demanda de

atenção na prestação de cuidados. Em muitos casos, a família tem que mudar, criar hábitos e responsabilidades que afetam toda a dinâmica familiar e em algumas vezes, requerem adaptações que podem afetar a necessidade desse familiar causando acúmulo de responsabilidades e até adiamento de planos pessoais.

Lá em casa sempre tem muitas brigas, porque quando ela tá mais agitada, ela muitas vezes passa a noite acordada cantando, falando e rodando pela casa. Não deixa ninguém dormir e meu marido que trabalha cedinho fica com raiva e desconta em mim. (C.5)

Já chegou o ponto de termos que sair de casa durante dois dias, porque ela estava muito agressiva. (C.9)

Aqui a gente reveza no cuidado, eu cuido dela durante o dia e a noite quando meu marido chega do trabalho, ele cuida enquanto eu cuido da minha neta bebezinha (...). Não reclamo e não me queixo de cuidar dela, esse foi o jeito que tivemos pra cuidar dela e quando ela entra em crise eu tenho que sair de casa, porque ela me agride e já tentou me matar. Ninguém gosta dessa situação, mas é o jeito da gente levar. (C.12)

Eu tive que parar de estudar quando ele apresentou a doença. (C.11)

Meu sonho é terminar meus estudos e trabalhar mesmo, não fazer umas coisinhas ali, acolá, mas sei que não posso agora por conta dele, que consome todo meu tempo. (C.5)

O cuidado informal é praticado fundamentalmente à custa do tempo e do trabalho das mulheres, sendo elas de fundamental importância para manutenção do cuidado domiciliar, assumindo o cuidado não só por amor e compromisso, mas também por obrigação, imposta pelos laços morais e de parentesco e enfrentando as demandas relacionadas aos conflitos familiares e no adiamento de motivações pessoais em prol do cuidado ao ente familiar<sup>7</sup>.

Fica evidenciado por algumas falas que em algumas situações, principalmente naquelas em que o comportamento está mais alterado do que o habitual, ou nas crises, as ações dos familiares são dirigidas principalmente ao controle e à vigilância dos parentes adoecidos. Entretanto, algumas famílias também verbalizaram que em muitas situações fazem o que o paciente deseja para evitar aborrecimentos e situações conflituosas:

Quando ele fica assim mais agitado, ouvindo vozes mandando ele fazer as coisas, a gente esconde tudo: rede, facas, garfos. (C.7)

Quando [ele] está nervoso, agressivo mesmo e pede cinco ou dez reais a gente tem que dar, pra evitar ele quebrar as coisas ou até mesmo partir pra cima da gente, como às vezes ele ameaça. (C.8)

É o tempo todo 'me dá isso', 'me dá aquilo' e assim a gente tenta resolver. (C.10)

Destaca-se neste estudo a sobrecarga enfrentada principalmente por este cuidador familiar ao usuário que sofre de transtorno mental e a necessidade de um maior suporte para este indivíduo, sendo relevante o papel a ser desempenhado mais proficuamente pelas Equipes de Saúde da Família, por estarem mais perto do cenário de vida, cuidado, saúde e doença destes cidadãos.

A interação entre serviços de saúde mental e equipes de saúde da família propicia operar os processos de reabilitação psicossocial nos três grandes cenários: *habitat*, rede social e trabalho com valor social. Para isso é fundamental que sejam comprometidas todas as organizações sanitárias e priorizadas as conexões com outras políticas públicas e com os recursos da comunidade. O trabalho em rede, na forma de articulação entre esses serviços supõe que nenhum serviço pode resolver todas as necessidades de cuidado das pessoas de um determinado território<sup>10</sup>.

### 3.3 Temática 2: Suporte Psicossocial à família e ao ente enfermo

Os serviços substitutivos de saúde mental vêm orientando suas ações para um trabalho em conjunto com a família, por considerá-la peça fundamental no processo de melhora do paciente, sua reinserção social e no próprio meio familiar. No entanto, sabe-se que não é uma tarefa fácil e deve estar em constante construção. Para que o movimento de desinstitucionalização do doente mental aconteça, é preciso que os serviços ofereçam atendimento que envolva a família, orientando-a sobre a doença, pois somente com apoio, a família consegue manter o doente mental desinstitucionalizado<sup>11</sup>.

Sobre o CAPS e a desinstitucionalização, os cuidadores verbalizaram:

O CAPS ajudou muito, quando não tinha, tínhamos que levar ele lá pra Fortaleza ou pro Crato [região longe de Acopiara-CE], agora ele é tratado aqui. (C.1)

Os profissionais tentam ajudar de todas as maneiras, mas a doença dele é mais forte, quando ela ataca, a família não sabe o que fazer. (C.4)

O CAPS foi a melhor coisa que o prefeito fez, as visitas, as orientações, os grupos e o doutor, tenho certeza que ele consegue ajudar muitas famílias. (C.3)

O CAPS já me pediu pra tentar várias coisas, sei que foi só pensando bem no meu filho, mas só eu e Deus sei como tento fazer as coisas. (C.6)

Eu recebo orientação do CAPS, mas muitas vezes não dá conta do problema (...). Estou me cansando, adoecendo e aqui em casa ainda me ajudam, mas o restante da família não (...). Quando o negócio pega, só eu mesmo e muitas vezes eu não consigo lidar com o comportamento agressivo, principalmente na crise. (C.8)

As falas demonstram o despreparo da família ao lidar com o doente e o sentimento de angústia diante da falta de suporte mesmo diante dos esforços por parte dos profissionais de saúde e do reconhecimento da importância do Serviço de Saúde, especificamente ao CAPS, no auxílio da prestação do cuidado.

É compreensível que a família frequentemente resista à nova proposta de tratamento pautada na desinstitucionalização e exija mais dos serviços e das equipes de saúde mental, pois, em algumas situações, sente-se desamparada na responsabilidade de cuidar. Então, há momentos em que as solicitações desses familiares não são atendidas pela equipe, o que gera sentimento de frustração dos mesmos diante do seu trabalho<sup>12</sup>.

Ainda, evidencia-se o reconhecimento do desgaste vivenciado pela família leva a equipe a romper com regras da organização do serviço, flexibilizando horários e a forma de atendimento do usuário. Moldar-se às necessidades dos usuários e de suas famílias é uma importante estratégia de vinculação e corresponsabilização entre familiares e equipe<sup>12</sup>.

Ainda assim, similarmente ao nosso estudo, em uma pesquisa abordando as representações dos usuários em saúde mental e seus familiares sobre o CAPS, constatou-se que os sujeitos pesquisados retratavam o CAPS através de características correlatas à atual política de saúde mental. As conotações observadas percorriam tanto questões objetivas da política quanto questões relativas à tecnologia leve do cuidado, priorizadas nas ações a serem desenvolvidas neste espaço institucional<sup>3</sup>.

As falas revelaram ainda a ausência ou a ineficiência de ações na visão sistêmica e integral do indivíduo aos pacientes portadores de transtorno mental em seu contexto familiar e social

demonstrando que as ações mais básicas em saúde mental estão aquém das esperadas pela Atenção Básica.

“A inclusão das ações de saúde mental no PSF dependem de uma política nacional, estadual e municipal que garanta formas de capaz de manter a integração e a operacionalização das estratégias de promoção, prevenção, tratamento e reinserção social, nestas modalidades de serviços substitutivos”<sup>13:76</sup>.

Diante dessa problemática percebe-se que ainda faltam recursos públicos e políticas para investimento na reabilitação psicossocial do portador de transtorno mental, seja na ampliação do número de serviços extra-hospitares na comunidade, o investimento na qualificação dos profissionais como também o investimento em políticas que considerem o desgaste familiar e/ou do cuidador para que essas famílias possam promover o tão desejado cuidado para a eficácia do tratamento.

#### 4. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Algumas limitações do presente estudo precisam ser destacadas, como uma amostra de tamanho reduzido, a qual pode não representar totalmente as demandas dos cuidadores de portadores de transtorno mental no município pesquisado. Outras questões relevantes precisariam ser pontuadas, com destaque para os efeitos do cuidado prestado na melhora do usuário, sendo que este enfoque não recebeu atenção no presente estudo, necessitando investigações futuras.

Por se tratar de um estudo exploratório-descritivo, as cuidadoras não receberam nenhuma intervenção adicional além daquela prestada pelo Serviço de Saúde Mental, sendo possível realizar alguma intervenção em pesquisas futuras ou ainda na própria rotina do serviço do qual a autora faz parte.

#### 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No atual cenário da Reforma Psiquiátrica, vivencia-se a tendência de reversão do modelo hospitalar para uma ampliação significativa da rede extra-hospitalar, de base comunitária, em especial os CAPS.

A família e os serviços de saúde, nesse contexto, ganham novas responsabilidades na reabilitação do portador de transtorno mental. Nesse sentido a família assume novos papéis no cuidado para com o ente enfermo e se torna protagonista nas ações de reabilitação, servindo de importante elo entre os serviços de saúde e ações de inclusão social devendo-lhes ser conferidos suportes material e emocional.

Ao investigar sobre quem seriam os cuidadores dos portadores de transtorno mental, foi confirmada a hipótese de que as mulheres continuam sendo as principais cuidadoras de seus familiares, responsabilidade esta imposta socialmente ao longo da humanidade. Além disso, são mulheres que se aproximam do envelhecimento, com baixa escolaridade, não inseridas no mercado de trabalho formal.

Observa-se através das atividades prestadas e das dificuldades apontadas que a dinâmica familiar é diretamente afetada e remodificada quando há a presença de um ente com transtorno mental, uma vez que, a família tem que se adaptar a necessidade desse familiar e enfrentar o desgaste decorrente do convívio cotidiano como o acúmulo de responsabilidades, adiamento de planos pessoais, abalos nas relações interpessoais com re-elaborações e re-significações e enfrentar as dificuldades financeiras decorrentes da baixa renda familiar.

Os achados indicam ainda que os familiares não vem recebendo informações e apoio necessários comprometendo sua compreensão e o processo de reabilitação do enfermo, bem como o convívio saudável do grupo familiar. Esse suporte necessário inclui a ampliação da rede social e de saúde e maior acessibilidade ao cuidador e ao sujeito demandatário de cuidado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
2. Souza MD, Kantorski LP, Schwartz E, Galera SAF, Teixeira Júnior S. A convivência em família com o portador de transtorno psíquico. Rev Eletr Enferm 2009; 11(1):124-32.
3. Furegato ARF. Representações de usuários, familiares e profissionais acerca de um Centro de Atenção Psicossocial. Esc Rev Enferm Esc Anna Nery 2008; 12(3): 457-64.
4. Minayo MCS (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 23 ed. Petrópolis: Vozes; 2004.
5. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.
6. Padilha MICS, Vaghetti HH, Brodersen G. Gênero e Enfermagem: uma análise reflexiva. R Enferm UERJ 2006; 14(2): 292-300.
7. Vieira CPB, Fialho AVM. Perfil de cuidadores familiares de idosos com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico. Rev Rene 2010; 11(2):161-9.
8. Rosa LCS. Transtorno Mental e o cuidado na família. São Paulo: Cortez; 2003.
9. Góes ARM, Carmo LHM. Cuidadora de Portador de Transtorno Mental: um foco de Análise. Serviço Social em Revista 2005; 7(2). <http://www.sservista.uel.br/c-v7n2.htm>. <Acesso em: 25.07.2010>
10. Delfini PSS, Sato MT, Antoneli PP, Guimarães POS. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. Ciência Saúde Coletiva 2009; 14(Supl. 1):1483-92.
11. Bandeira M. Reinserção de doentes mentais na comunidade: fatores determinantes da re-hospitalizações. J Bras Psiqui 1993; 42:491-498.
12. Camatta MW, Schneider JF. A visão da família sobre o trabalho de profissionais de saúde mental de um Centro de Atenção Psicossocial. Rev Enferm Esc Anna Nery 2009; 13(3):477-84.
13. Scóz TMX, Fenil RM. Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no programa saúde da família. Rev Eletron Enferm 2003; 5(2):71-7.