

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM
SAÚDE MENTAL NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

Ana Paula Vargas Ronsani

**CUIDADO À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL NA
COMPREENSÃO DO FAMILIAR**

Santa Maria, RS.
2018

Ana Paula Vargas Ronsani

Cuidado à pessoa com transtorno mental na compreensão do familiar

Trabalho de Conclusão de Residência apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Saúde Mental**.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Marlene Gomes Terra
Coorientadora: Prof^ª Dr^ª Daiana Foggiato de Siqueira

Santa Maria, RS.
2018

Ana Paula Vargas Ronsani

CUIDADO À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL NA COMPREENSÃO DO FAMILIAR

Trabalho de Conclusão de Residência apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Saúde Mental**.

Aprovado em 18 de janeiro de 2018:



Marlene Gomes Terra, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientador)

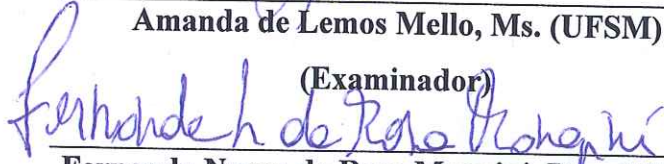


Daiana Foggiao da Siqueira, Ms. (URI)
(Coorientadora)



Amanda de Lemos Mello, Ms. (UFSM)

(Examinador)



Fernanda Nunes da Rosa Mangini, Dra. (UFSM)

(Examinador)



Rita de Cássia de Oliveira Barcellos, Dra. (UFSM)

(Suplente)

RESUMO

CUIDADO À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL NA COMPREENSÃO DO FAMILIAR

AUTORA: ANA PAULA VARGAS RONSANI

ORIENTADORA: MARLENE GOMES TERRA

COORIENTADORA: DAIANA FOGGIATO DE SIQUEIRA

Objetivo: compreender como o familiar cuida da pessoa com transtorno mental. **Metodologia:** pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo exploratória e descritiva, realizada em uma Unidade de Atenção Psicossocial de um hospital de ensino de um município do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. A produção de dados ocorreu, no período de maio a julho de 2017, por meio de entrevistas semiestruturadas com 20 familiares e, após foram submetidos à Análise Temática. **Resultados:** destacaram-se os significados em relação ao cuidado prestado, sendo eles: cuidado como forma de carinho, amor, compaixão; cuidado como forma de vigia, estar atento a algo, ou ainda se referem ao cuidado, como administrar a medicação, cuidar da higiene pessoal e alimentação. Evidenciou-se um adoecimento dos familiares, que ocorreram a partir dos sintomas da doença e, também, a falta de apoio e suporte social aos cuidadores. Ainda, emergiu a questão da religião e espiritualidade como dispositivos de suporte para os cuidadores. **Conclusão:** o estudo apresentado desvenda as particularidades dos cuidados prestados ao familiar com transtornos mentais, trazendo uma visão singular conforme cada realidade dos entrevistados.

Palavras-chave: Cuidado; transtorno mental; família.

ABSTRACT

CARE PROVIDE TO THE PERSON WITH MENTAL DISORDER IN THE FAMILY UNDERSTANDINGS

AUTORA: ANA PAULA VARGAS RONSANI
ORIENTADORA: MARLENE GOMES TERRA
COORIENTADORA: DAIANA FOGGIATO DE SIQUEIRA

This article aims to understand how the family takes care of mental disorder patients. This is a qualitative research, exploratory and descriptive, held in a Psychosocial Care Unit (from portuguese *Unidade de Atenção Psicossocial*) of a teaching hospital in the state of Rio Grande do Sul, Brazil. The data production occurred in the period from May to July 2017, through semi-structured interviews with 20 relatives of patients, which were after underwent Thematic Analysis. Noteworthy are the meanings in relation to the care provided, as follows: care as a form of affection, love, compassion; care as a way to watch, to be aware of something, or even so referring to the care, as administering medication, taking care of personal hygiene and nutrition. It became evident that these family members are getting ill, which took place from the symptoms of the disease and the lack social support to the caregivers. Also, the question of religion and spirituality, as support devices for caregivers, emerged. Therefore, the present study reveals the particularities of the care provided to the family member with mental disorders, bringing a singular sight according to the reality of each interviewed.

Keywords: Care; mental disorder; family.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 METODOLOGIA.....	7
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	8
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
5 REFERÊNCIAS.....	18

1 INTRODUÇÃO

Na atenção em saúde mental compreendida a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira, Lei Nº 10.216, a família se insere como uma possibilidade de apoio e acolhimento à pessoa com transtorno mental. A família possui diversas configurações, isto é, além de sua capacidade de produção de subjetividades, ela também é uma unidade de cuidado e redistribuição interna de recursos, para mais, ela cotidianamente vem se construindo e reconstruindo dentro das relações e negociações entre si, seus membros e sociedade (MIOTO,2010).

A família pode ser considerada como ator social fundamental para a efetividade da assistência psiquiátrica e entendida como um grupo com grande potencial de acolhimento e ressocialização de seus integrantes (BORBA et al., 2011). Ela não é apenas ator indispensável nesse contexto de acolhimento e ressocialização, mas se configura, também, como uma construção pública e tem um papel importante na estruturação da sociedade em seus aspectos sociais, políticos e econômicos (MIOTO, 2010).

Historicamente, a família não exercia o papel de cuidadora por dois motivos. O primeiro devido à distância em que os hospitais psiquiátricos eram alocados, dificultando o acompanhamento do tratamento e, o segundo, é que a família era considerada a produtora de doença, uma vez em que o membro adoecia, ela respondia por todas as mazelas do núcleo familiar (BORBA et al., 2011). A Reforma Psiquiátrica possibilitou um novo olhar para os familiares e, esse segmento ganhou responsabilidades e passou a ocupar uma posição relevante no contexto do cuidado em saúde mental pelo fato de que a pessoa com transtorno não é mais vista isoladamente (BRASIL, 2013).

Para a participação efetiva da família no cuidado, é necessário o planejamento com a equipe para que se estabeleça uma relação de confiança, vínculo e aceitação tanto por parte do usuário na adesão ao tratamento quanto da família para o fortalecimento do cuidado corresponsabilizado (VIEIRA; SILVA, 2016). Entretanto, apesar das mudanças ocorridas na política de saúde mental, há uma distância do que é a proposta e do que os familiares vivenciam no seu cotidiano (GRANDI; WAIDMAN, 2011).

A volta da pessoa no convívio familiar e social depois de períodos extensos de institucionalização, coloca em questão para os familiares a dificuldade de retomada dos cuidados (FAVA; SILVA; SILVA, 2014). Esse modelo de cuidado representa para a família um desafio, pois envolve sentimentos intrínsecos à realidade posta (BORBA et al., 2011). Esses desafios vêm ao encontro da capacidade de adaptação dos familiares com essa nova realidade, isto é, ao tempo em que se demanda a responsabilidade pelos cuidados primários, a família necessita de suporte e preparação.

O interesse pela temática referente ao cuidado à pessoa com transtorno mental emergiu durante a atuação como residentes em uma Unidade de Atenção Psicossocial, e, essa vivência, permitiu uma aproximação com a realidade do papel da família nesse contexto. Portanto, o presente estudo tem como objetivo compreender como o familiar cuida da pessoa com transtorno mental.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratória e descritiva. A abordagem qualitativa vai ao encontro do objeto de estudo, pois é propícia para investigações que evidenciam grupos e segmentos delimitados e possibilita uma análise das relações, crenças, percepções dos sujeitos envolvidos acerca do que pensam, vivem ou lhe acontecem (MINAYO, 2014). Exploratória, pois compreende várias fases da construção de uma trajetória de investigação, como exemplo: a escolha do tópico de investigação, definição do objeto e dos objetivos, exploração de campo, entre outros. E, descritiva porque busca os sentidos nas sequências enunciativas e das ações para se chegar a uma percepção e explicação do estudo (MINAYO, 2014).

A pesquisa foi realizada em uma Unidade de Atenção Psicossocial de um hospital de ensino de grande porte em um município do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. A referida unidade atende pessoas oriundas da região que abrange a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, em situações de transtornos mentais graves, como por exemplo, transtorno afetivo bipolar, esquizofrenia, depressão, entre outros. Atualmente, conta com equipe de profissionais permanentes composta por um psicólogo, um terapeuta ocupacional, um assistente social, dois médicos, 11 enfermeiros, 15 técnicos em enfermagem e cinco auxiliares em enfermagem. Além disso, conta com a inserção do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde, tendo dois residentes enfermeiros, dois psicólogos, um assistente social e dois terapeutas ocupacionais; e, quatro residentes médicos.

Justifica-se a escolha deste cenário, pois se observa, no cotidiano de trabalho, a ausência de estudos e intervenções frente aos familiares de pessoas internadas no hospital de referência. Além disso, percebe-se no local de atuação, inúmeros relatos dos familiares no que diz respeito às dificuldades enfrentadas pelos mesmos no que se refere ao cuidado prestado frente à pessoa com transtorno mental.

Os participantes foram 20 familiares de usuários internados no período de coleta de dados, a qual foi realizada de maio a julho de 2017. Elegeram-se como critérios de inclusão: membros do núcleo familiar identificados primeiramente pelo prontuário clínico e com maior vínculo com o usuário, ou seja, aqueles que fossem presentes nas visitas durante a internação e/ou nos grupos de familiares da unidade. E, como critérios de exclusão: os familiares que não

respondessem ao contato das pesquisadoras, após três tentativas; e, os familiares dos usuários que receberam alta antes do agendamento da entrevista. A escolha pelos critérios de exclusão deu-se devido à natureza do serviço, pois há uma rotatividade de internações, dificultando o agendamento e localização dos familiares.

Os familiares que foram participantes do estudo responderam a uma entrevista semiestruturada composta por perguntas acerca de dados sociodemográficos (sexo, idade, ocupação, escolaridade, renda familiar, condições de moradia, religião, número de internações) e questões orientadoras no que diz respeito ao cuidado prestado pelo familiar frente à pessoa com transtorno mental: como é para você cuidar do seu familiar? Que cuidado é esse?

As falas dos participantes foram gravadas com auxílio de um instrumento digital e, posteriormente, transcritas para a análise e leitura dos dados. Os fragmentos das falas foram identificados nos resultados por meio da letra 'F' (Familiar), seguida pelo número correspondente a ordem da entrevista (F1, F2...F20).

Os dados foram analisados pela Proposta Operativa de Minayo, que se caracteriza por dois momentos operacionais. O primeiro incluiu as determinações fundamentais do estudo, o qual é mapeado na fase exploratória da investigação. Já o segundo, denominou-se de interpretativo, pois consistiu no ponto de partida e no ponto de chegada da investigação, representando o encontro com os fatos empíricos (MINAYO, 2014).

O estudo foi realizado em conformidade com a Resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sob CAAE: 65186917.8.0000.5346 e Parecer N° 2.009.636. O processo de produção de dados foi realizado após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos familiares que participaram do estudo, sendo assinado em duas vias, uma disponibilizada para o participante e a outra, em posse das pesquisadoras. O TCLE foi lido em voz alta para que os familiares compreendessem o conteúdo e decidissem pela participação ou não.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 20 familiares, sendo que a maioria (70%) representou a figura da mulher como cuidadora, e 30% eram homens. Em relação à pessoa internada, 40% referiram como grau de parentesco serem mães, 30% irmã(o), 20% esposo (a), 5% filho(a) e

5% pai. No que se refere ao número de internações, 60% referiram de 1 a 3 internações, 30% de 4 a 8 internações e 10% de 10 ou mais internações.

A faixa etária variou de 31 a 68 anos. Em relação à escolaridade, 30% referiu possuir como escolaridade o ensino fundamental incompleto, 10% possuíam o ensino fundamental completo, 5% ensino médio completo, 25% ensino médio completo e 30% ensino superior completo. Quanto à renda, 60% referiram renda familiar de até três salários mínimos, 20% referiu renda de até um salário mínimo, 5% referiu menos de um salário mínimo e 15% mais de quatro salários mínimos. No que tange a condições de moradia, 75% relataram casa própria, 15% casa alugada e 10% casa cedida. Com relação a religião, 45% referiram ser católicos, 35% evangélicos, 10% informaram que não possuem religião, 5% espírita e 5% não soube responder.

Após a análise dos dados emergiram três categorias: “Cuido porque amo”: sentimentos fraternos como forma de cuidado; “Eu também tenho meus momentos de fraqueza”: a condição de saúde do familiar frente à instabilidade da doença; “Tu tens que acreditar num ser espiritual”: religião/fé/espiritualidade como suporte para o cuidado.

“Cuido porque amo”: sentimentos fraternos como forma de cuidado

Os familiares destacaram um conjunto de situações no que se refere ao cuidado e o entendimento desse significado frente à pessoa com transtorno mental. Eles apontam questões que envolvem sentimentos como amor, carinho, afeto e compaixão.

Eu “cuido porque amo”, filho para mim é mais que tudo, se pudesse trocar de vida com ela eu trocaria [...]. Cuidar é dar amor, carinho e atenção. (F1)

Eu tenho serviço, mas eu gosto de fazer, cuidar dela. (F5)

Não é fácil, a gente não tem uma formação nessa área, mas vem trazer o carinho, o aconchego, que tanto a pessoa necessita. (F14)

O cuidado com o outro pertence à estrutura da vida humana, ele pode ser visto como atitudes de relações amorosas, harmoniosas e protetoras (BOFF, 2012). O ato de cuidar provoca emoções/sentimentos no que diz respeito à dimensão subjetiva das pessoas, abarcando questões emocionais envolvidas e desenvolvidas nesse processo (CAVALCANTI; MORI, 2017).

O papel da família em relação à pessoa com transtorno mental pode ser compreendido por meio de ações como a de estar presente, ser provedora de carinho, companhia e incentivo. Além disso, o papel pode estar vinculado a atitudes de zelo, proteção, afeto e compreensão (BORBA et al., 2011).

O cuidado amoroso, protetor e de preocupação são existenciais, isto é, dados objetivos da estrutura do tempo e suas relações. São prévios a qualquer outro ato e submete a tudo o que empreendemos (BOFF, 2012). Sendo assim, é fundamental a participação da família no cuidado, pois é neste âmbito que os seus integrantes buscam apoio e vislumbram possibilidades de intervenções (BORBA et al., 2011).

Percebe-se a partir das falas sentimento de prazer quando o assunto é referente aos cuidados prestados. Esse sentimento vem ao encontro de disponibilidade de tempo do familiar em dar atenção e apoio que tanto a pessoa com transtorno mental necessita. A presença desse afeto pode contribuir para uma melhora da qualidade de vida tanto do cuidador, quanto da pessoa que sofre em meio desse processo. Essa troca de sentimentos favorece o cotidiano desses sujeitos, minimizando o acúmulo de demandas que tal situação revela.

Outro elemento presente na fala dos familiares é o cuidado como forma de vigia, estar atento a algo, ou ainda se referem ao cuidado, como administrar a medicação, cuidar da higiene pessoal e alimentação.

Eu faço tudo por ela, se precisar dar banho, se precisar dar remédio na boca. (F4)

Quando ele estava em casa era tudo eu, desde a comida[...]Eu dava comida na boca. [...] O banho em casa era eu que dava, a roupa era eu que trocava, tudo era eu. (F8)

Ela não fica sozinha dentro de casa nem um segundo, então tenho que ficar com ela sempre. (F9)

Esse cuidado que eu digo é em relação a ela evitar de fazer bobagem. (F16)

Eu cuido dele, dou o remédio para ele, vejo se ele engoliu tudo. [...]. Quem dá banho nele sou eu, porque ele não sabe se limpar direito. (F20)

Identifica-se pelas falas, que as atividades de autocuidado, tais como dar banho, alimentação e medicação, apresentam-se prejudicadas, tendo que haver necessidade de intervenção cotidiana feita pelos cuidadores. A demanda contínua pela supervisão dessas atividades requer responsabilidades e, com isso, pode acarretar a sobrecarga aos familiares.

A partir do momento em que os familiares se deparam com essa situação do cotidiano, sofrem uma significativa mudança em suas vidas, tendo que se adaptarem constantemente às novas formas de condução do seu dia a dia (SANT' ANA et al., 2011). A partir desse contexto, emerge essa sobrecarga, causado pela constante responsabilização dos familiares e pelas dificuldades de desempenhar o seu papel de cuidador (NOLASCO et al., 2014).

Existe uma dependência da pessoa com transtornos mentais em relação aos cuidados prestados pelos familiares e, isso, exige para a família um constante gerenciamento das atividades. Além desse gerenciamento contínuo, há a necessidade de desenvolvimento do exercício da tolerância e paciência com esses sujeitos (BARROS E OLIVEIRA, 2016).

O familiar que cuida passa a perpetuar-se com um cotidiano traçado por preocupações, com isso, os transtornos mentais são vividos de forma coletiva. Quando um membro familiar adoece, todas as suas teias de relações se alteram, sendo a família, na maioria das vezes, o grupo primário de inserção de um indivíduo (SANT' ANA et al., 2011)

Essa configuração cotidiana do cuidado é associada ao esforço diário dos familiares em prestar assistência aos seus integrantes, acarretando uma sobrecarga objetiva. A sobrecarga objetiva presente nos relatos vem ao encontro das supervisões de tarefas que são desenvolvidas pelos familiares, como dar banho, alimentação e medicação. As supervisões contínuas interferem na vida social e profissional do cuidador, tais como os sintomas da doença e a ausência de autonomia do sujeito, no entanto, se há um bom relacionamento do usuário com o familiar, o sentimento de sobrecarga objetiva pode amenizar (NOLASCO et al., 2014).

“Eu também tenho meus momentos de fraqueza”: a condição de saúde do familiar frente à instabilidade da doença

Nos achados da pesquisa, esteve presente nas falas dos entrevistados um percurso de adoecimento e sobrecarga dos familiares que cuidam de uma pessoa com transtorno mental. Esse adoecimento apresentou após os sintomas da doença e, também, pela falta de suporte familiar e social desses cuidadores.

Eu não posso mais me acocar, ele me empurra, já me derrubou duas vezes.

Quando começou a doença, eu não tinha esse problema. (F2)

É difícil, pois estou ficando mais velha, tenho pouca audição. (F3)

Eu não aguentava cuidar o tempo todo dele sozinha, eu estava cansada, já estava ficando doente da cabeça. (F8)

Eu ainda estou em fase de recuperação, estou tomando os medicamentos [...]. Eu tenho medo de cair de novo e ela está daquele jeito e ninguém poder ajudar ninguém [...] É difícil para mim, porque “eu também tenho meus momentos de fraqueza”, às vezes, eu não tenho força nem para seguir em frente, e ainda tenho que aconselhar ela. (F11)

Queria desabafar, conversar, eu choro muito. Quando eu vou tomar banho, eu choro bastante, fico conversando com Deus. Eu queria uma ajuda [...]. Eu estou com depressão [...]. Fico triste. [...]. Eu fico contente que ele está aqui, porque pelo menos eu posso descansar um pouco [...]. Eu fico meia esgotada. (F20)

O convívio com uma pessoa com transtornos mentais acarreta na família um desgaste, sobretudo quando se tem manifestações agudas da doença, o que acaba gerando uma sobrecarga física e emocional para o familiar (DEMARCO et al., 2014). A sobrecarga física e emocional caracteriza-se por uma sobrecarga subjetiva, pois há um sentimento de peso e desgaste (NOLASCO et al., 2014). O desgaste físico e emocional tem a ver com o número de atividades desenvolvidas pelos cuidadores, que conseqüentemente implica no autocuidado e autoestima dos mesmos (FAVA; SILVA; SILVA, 2014).

Nas falas percebe-se sentimento de impotência desses familiares, que ao trazerem as dificuldades de cuidado e o acúmulo de sobrecarga, muitas vezes possuem insuficiente suporte familiar para o auxílio e compartilhamento desse esgotamento cotidiano. É necessário que o Estado e a rede de apoio a esses familiares seja compromissada e, que tenha um olhar mais sensível para esses cuidadores, pois o cuidado é a vivência da relação entre a predisposição do ato de cuidar, e a necessidade de ser cuidado (BOFF, 2012).

A partir das falas e dos estudos, percebe-se a exaustão cotidiana desses familiares, um sofrimento que não depende somente dos cuidados primários e sim do apoio e compartilhamento dos acontecimentos diários. Há uma carga de trabalho intensa que pode causar um sofrimento físico e emocional, ainda sim, essa responsabilidade implica diretamente na vida pessoal e profissional desses cuidadores. O cuidado demandado para os familiares não se caracteriza como um trabalho assalariado e sim, voluntário, implicando em tempo, recursos, que não é explicitado e tão pouco contemplado pelas políticas públicas.

Percebe-se ainda, como na fala F20 “*eu fico contente que ele está aqui*” que a internação, às vezes, é momento em que o familiar descansa e se renova, trazendo assim, um apoio provisório. A natureza da internação é para estabilizar os quadros agudos, mas como se percebe na fala, ela vem se caracterizando como mais um dos suportes para esses familiares. A partir disso, consegue-se analisar a fragilidade da rede de saúde mental para esses familiares, pois no momento em que eles recorrem à internação como forma de suporte e apoio, não vem ao encontro com alguns objetivos da Reforma Psiquiátrica, que traz o apoio e suporte aos familiares preferencialmente nos serviços comunitários de saúde mental.

A demanda posta acima é retrato da ausência de suporte para esses familiares, e também do modelo hegemônico da sociedade capitalista, que exclui os seguimentos menos favoráveis devido à desigualdade social. Podendo, desta forma, refletir nas Políticas Públicas, causando, por exemplo, o baixo incentivo e investimento nos serviços de atenção à saúde mental (MIOTO, 2010).

Além disto, evidenciou-se que os cuidados prestados são intimamente relacionados a figura da mulher, que 70% dos entrevistados referiram serem mães, esposas e irmãs. Isso significa uma sobrecarga ainda maior, pois além de terem que desempenhar as tarefas do lar e se dedicar constantemente ao papel de cuidadora, acabam comprometendo o cuidado em si, acarretando um desgaste físico e emocional. Essa configuração do cuidado é expressa através da questão de gênero presente na sociedade, que se cultiva a superioridade do poder masculino, em detrimento da responsabilidade na esfera produtiva, e da mulher com a responsabilização da reprodução social dos seus indivíduos culminando em dificuldades na vida cotidiana, tanto profissional como pessoal.

Muitos são os julgamentos a esses familiares por parte de alguns profissionais da saúde, os quais, por vezes, são identificados dentro do cotidiano da internação. Esses julgamentos perpassam pelo discurso de falta de suporte e acompanhamento dos usuários dentro do serviço, como por exemplo, a apropriação do benefício da Previdência Social, a comodidade de deixar a pessoa internada e a responsabilidade de cuidar no ambiente familiar.

Os serviços da rede de saúde mental são de suma importância, pois eles podem através de parcerias diminuir a sobrecarga sentida pelos cuidadores, isso causaria benefícios para o tratamento do usuário (BANDEIRA et al., 2011). Essa parceria ocorre, por meio de uma assistência profissional às famílias, com um olhar mais voltado à qualidade de vida dos que praticam este cuidado (SANT’ANA et al., 2011). Além disso, é necessário um processo compartilhado entre os familiares e os profissionais da saúde, que ocorre por meio dos espaços de gestão democrática, com a participação efetiva desses sujeitos, estimulando a

autonomia e identificando as fontes de dificuldades e também, as possibilidades de mudança (MIOTO, 2010).

Além disso, evidencia-se nas falas dos familiares a agudização dos sintomas e as mudanças de comportamento que acontecem devido à instabilidade da doença, ocasionando difícil entendimento e manejo da situação.

É meio difícil, porque assim como ela está de um jeito, ela pode estar de outro. [...]. Conforme até tuas palavras, que você usa, você tem que falar tomando cuidado. [...]. (F6)

É muito difícil de cuidar dele. [...] Ele fica eufórico, agitado, não dorme. Ele estava em surto, até me agrediu. (F7)

Ele não parava nunca. Uma vez ele me fugiu de madrugada, eu não conseguia achar ele[...]. (F8)

É muito difícil [...] porque ela é muito agressiva, eu tenho medo de ficar sozinha com ela. Agora nem é medo mais, é pânico. Não fico com ela sozinha em casa, porque ela chega e te agride, e tu não tem defesa, não consegue se defender [...]. Então estou sempre apreensivo. (F9)

Ela se fecha [...] de se calar, se trancar dentro de casa. (F11)

Ela embrabece, se irrita por pouca coisa. (F12)

É difícil [...] ele tinha aqueles impulsos de quebrar tudo, então ele quebrava...[...] levantava só para as coisas básicas, não falava com ninguém. (F19)

Não é fácil, ele foge. [...] de um tempo para cá ele ficou muito agressivo, me machuca, tenho marcas. [...] (F20)

A responsabilidade de cuidar do familiar com transtorno mental exige da família conhecer os episódios relacionadas ao comportamento da pessoa com transtorno e, habitualmente, a mesma não está em condições de vivenciar certas circunstâncias que fazem parte dos sintomas da doença, como exemplos, a alteração no jeito de se comportar, sendo ora agressivo e em outras violento, o que vem acarretar no ambiente familiar uma apreensão e instabilidade, gerando sentimentos de ansiedade e temor (SANT' ANA et al., 2011).

A sobrecarga do cuidado é ocasionada pelas dificuldades de manejo da crise e dos comportamentos autoagressivos dos familiares acometidos. E, pode manifestar ansiedade por não saber como lidar com alguns comportamentos apresentados como, por exemplo, o

silêncio excessivo, imprevisibilidade em suas ações, supervisão de comportamentos problemáticos, acarretando consequências negativas concretas envolvidas no processo de cuidar (SANT' ANA et al., 2011; BARROS E OLIVEIRA, 2016). Essas situações contribuem para que a família desista de prestar os devidos cuidados ao paciente, o que não se caracteriza como rejeição, mas sim, dificuldade de conviver com comportamentos ameaçadores e instáveis e, com isso, causando insegurança e medo (MACHADO E SANTOS, 2012).

O cuidado à pessoa com transtornos mentais demanda para a família situações que são relacionadas aos sintomas da doença, que muitas vezes os próprios cuidadores não estão preparados para intervir. Os comportamentos de impulsividade, agressividade, inquietação presentes na fala e na literatura, causam clima de insegurança que afetam a dinâmica familiar (SANT' ANA et al., 2011).

Dentro do cenário apresentado, os cuidadores podem retratar sentimentos de angústia e ansiedade em relação ao manejo dos comportamentos manifestados, como exemplo na entrevista F11, trazendo o silêncio excessivo. Muitos familiares não se conformam em ver à pessoa com transtorno mental, que antes era cheia de projetos de vida e socialmente bem integrado, transformar-se numa pessoa comprometida, dependente e cheia de limitações. (SANT' ANA et al., 2011).

“Tu tens que acreditar num ser espiritual”: Religião e espiritualidade como suporte para o cuidado

A partir das falas dos entrevistados, percebe-se que a religião e a espiritualidade configuram-se como mecanismos de busca de suporte para os familiares. O suporte pode ser pensado como palavras de incentivo à pessoa com transtornos mentais, quanto para amparo desses familiares.

Eu ajudo com palavras amigas, dar força para ela seguir em frente [...] um apoio espiritual, eu sou religioso. (F11)

Acho que essa questão espiritual a gente tem que cuidar muito também, você buscar Deus, não importa qual seja sua religião, “tu tens que acreditar num ser espiritual”. (F13)

Ele me solicita muito, ele tem carência, ele apresenta uma aparência muito espiritual [...] eu procuro trazer toda essa presença de Cristo com ele, porque ele me pede. (F14)

A religião e a espiritualidade estão presentes na vida cotidiana das pessoas, e carrega inúmeros significados (ALVES E ASSIS, 2015). Esses significados são complexos, pois envolvem um campo bastante amplo, o que torna permitido que cada indivíduo dê a sua própria opinião a respeito do que seja cada um (KOENIG, 2012).

A religião e a espiritualidade são recursos de enfrentamento contra estímulos estressores, e funciona também, como forma de proporcionar melhora na saúde mental por meio do aumento do suporte social. Para os autores, esses mecanismos proporcionam um maior contato com a realidade subjetiva das pessoas e, possibilita possíveis mudanças de atitudes e ideias frente às experiências atuais da realidade de cada indivíduo. (ALVES E ASSIS, 2015).

Historicamente, a questão da religião e espiritualidade tiveram suas implicações presentes na psiquiatria, sendo ligadas a atitudes negativas que comprometiam a melhora do quadro clínico e na produção dos sintomas (PARGA MENT; LO MAX, 2013). O cenário atual entra em contrapartida, apontando melhores resultados do tratamento do transtorno mental se há envolvimento espiritual (REINALDO; SANTOS, 2016).

Percebe-se a influência da religião e espiritualidade nas falas dos entrevistados, e o quanto isso modifica os comportamentos e estilos de vida trazendo o apoio social que tanto o familiar necessita (ALVES E ASSIS, 2015). É necessário compreender que as escolhas e expressões religiosas devem ser respeitadas, em respeito ao desejo da pessoa e a fé individual (PARGA MENT; LO MAX, 2013).

A religião e a espiritualidade às vezes, tornam-se recursos para esses familiares no sentido de suporte quando há falta de acesso e apoio aos serviços de saúde ausência ou da presença de outros familiares para compartilhar as angústias e desafios do dia a dia. A religião e espiritualidade fortalece os vínculos entre o familiar e o usuário, também são ferramentas para o enfrentamento das dificuldades diárias. A importância desses mecanismos em meio a esse processo de adoecimento caracteriza-se como uma perspectiva de melhora para esses sujeitos, e para os familiares um conforto e apelo emocional.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao compreender como o familiar cuida da pessoa com transtorno mental, evidenciou-se que são expressos sentimentos fraternos como forma de cuidado. Entretanto, há momentos de fraqueza em que a condição de saúde do familiar encontra-se fragilizada devido à instabilidade da doença. Nesse sentido, os familiares buscam o suporte da religião e espiritualidade como mecanismos que desempenham função significativa no processo de cuidar.

Os resultados deste estudo contribuíram para a elucidação de elementos importantes que envolvem o processo de cuidar, especialmente no que tange aos contextos da fragilidade e vulnerabilidade dos familiares que têm em seu núcleo uma pessoa com transtorno mental. As falas dos familiares apontam para o fato de que o cuidado é singular, isto é, cada um tem uma compreensão desse significado. Para alguns, isso se torna algo afetuoso e prazeroso, mas para a maioria dos entrevistados é visto como uma sobrecarga.

É fundamental o suporte para os familiares, tanto em relação à criação de mecanismos de apoio, que se dá através de um maior incentivo a rede de atenção à saúde mental e também uma maior responsabilização por parte do poder público para a garantia e criação de Políticas Públicas direcionadas a esses segmentos. Os serviços da rede podem contribuir para a troca de saberes com esses familiares, a fim de apoiá-los para o cumprimento de suas responsabilidades, de forma sensível e sobretudo sem sobrecargas exaustivas.

O estudo possibilitou refletir o quão ainda se caminha a passos lentos com a Reforma Psiquiátrica. Na medida em que um novo cuidado é demandado para os familiares, é necessário inserir esse núcleo nas ações de saúde mental. Além disso, o tema com famílias é de suma relevância para as diversas áreas profissionais que atuam neste contexto, especialmente, o Serviço Social, devido ao profissional ter habilidades em compreender, de forma ampla, os fatores que influenciam o processo saúde-doença desses sujeitos, bem como assegurar através das Políticas Públicas a garantia dos direitos sociais.

5 REFERÊNCIAS

ALVES, Daniel G; ASSIS, Monique. R. de. O desenvolvimento religioso e espiritual e a saúde mental: discutindo alguns de seus. Revista Conexões Psi. Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 72-100, jan./jun. 2015.

BANDEIRA, M. et al. Satisfação de familiares de pacientes psiquiátricos com os serviços de saúde mental e seus fatores associados. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v. 60, n. 4, p. 284-93, 2011.

BARROS, Marcia M. M. A. de; OLIVEIRA, Francisco N. G. de. Cotidiano das famílias cuidadoras na atenção domiciliar prestada aos familiares com transtornos mentais. Revista Desenvolvimento Socioeconômico em debate. v.2 n.2, 2016.

BOFF, Leonardo. O cuidado necessário: na vida, na saúde, na educação, na ecologia, na ética e na espiritualidade. Petrópolis, RJ; Vozes, 2012.

BORBA, Leticia de. O. et al. A Família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. Rev. Esc. Enfermagem USP, v.45, n.2, p.442-449, 2011.

BRASIL. Lei da Reforma Psiquiátrica: promulgada em 6 de abril de 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: 13 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução 466. 2012. Brasília: CNS; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental. Brasília, n. 34, 2013.

CAVALCANTI, Bruna de S.; MORI, Valéria D. Análise de processos subjetivos na relação de cuidado entre familiares. Revista Katharsis. N. 23, 2017, pp.60-69.

DEMARCO, Daiane de A. *et al.* Sobrecarga dos familiares de pacientes psiquiátricos: uma revisão integrativa. Rev. de Pesquisa Cuidado é fundamental online 2014. out./dez. v.6 i. (4):p. 1677-1686.

FAVA, Mariana C.; SILVA, Nilson R.; SILVA, Meire L. Avaliação da sobrecarga em cuidadores familiares de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial. Barbarói, Santa Cruz do Sul, n.41, p., jul./dez. 2014.

GRANDI, Ana L. de. WAIDMAN, Maria A. P. Convivência e rotina da família atendida em Caps. Ciênc.cuid.saúde;10(4):763-772, out.-dez.2011.

KOENIG, Harold. G. Medicina, religião e saúde: um encontro da ciência e da espiritualidade. Porto Alegre: L&PM, 2012.

MACHADO, Vanessa.C.; SANTOS, Manoel.A. Family support from the perspective of patients in psychiatric rehospitalization: a qualitative study. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.16, n.42, p.793-806, jul./set. 2012.

MINAYO, Maria de. C. S. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 15.ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIOTO, Regina.C.T. Família, trabalho com famílias e Serviço Social. *Serv. Soc. Rev. LONDRINA*, v.12, n.2, .163-176.2010.

NOLASCO, Marcela et al. Sobrecarga de familiares cuidadores em relação ao diagnóstico de pacientes psiquiátricos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. v. 63, n. 2, p. 89-97, 2014.

PARGAMENT, Kenneth I.; LOMAX, J. W. Understanding and addressing religion among people with mental illness. *World Psych.*, Londres, v. 12, n. 1, p. 26-32, fev. 2013.

QUEIRÓS, Paulo J.P; et al. Significados atribuídos ao conceito de cuidar. *Revista de Enfermagem Referência Série IV - n.º 10 - jul./ago./set. 2016.*

REINALDO, Amanda. M. S.; SANTOS, Raquel. L. F. Religião e transtornos mentais na perspectiva de profissionais de saúde, pacientes psiquiátricos e seus familiares. *Saúde Debate* | rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 162-171, JUL-SET 2016.

SANT'ANA, Marília. M. et al. O significado de ser familiar cuidador do portador de transtorno mental. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 50-58, 2011.

VIEIRA, Rodrigo.Q.; SILVA, Louise.X. A família como ponto chave no tratamento terapêutico de pacientes portadores de transtornos psiquiátricos e dependentes químicos.UNICA.2016. [Internet]. 2016 [acesso em 17 dez 2016]. Disponível em: URL: <http://uniica.com.br/artigo/a-familia-como-ponto-chave-no-tratamento-terapeutico-de-pacientes-portadores-de-transtornos-psiquiatricos-e-dependentes-quimicos/>.