

ECOMAPA E APGAR FAMILIAR NA ATENÇÃO À FAMÍLIA COM PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL

Ecomap and family APGAR in family care for patients with psychiatric disorders

Nadja Cristiane Lappann Botti¹, Eloise Azevedo Evangelista², Flavia Jesulina Campos Silva³, Hellen Ariane Ribeiro⁴, Jeizziani Aparecida Ferreira Pinto⁵, Rafaella Gontijo Nascimento⁶, Simone Campos Ferreira⁷

RESUMO

Este estudo objetiva conhecer as redes sociais e vínculos estabelecidos por seis famílias com portadores de transtorno psiquiátrico. Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada, em seis famílias do município de Divinópolis (Minas Gerais). Para coleta de dados, foram utilizados o Apgar Familiar e o Ecomapa realizados durante as visitas domiciliares. Nas famílias que apresentam insatisfação familiar, identificam-se vínculos conflituosos com o serviço de saúde mental e frágeis com a família extensa. O conhecimento dos vínculos e as redes de apoio social são estratégias facilitadoras e ampliadoras das ações de Saúde Mental na Atenção Básica.

PALAVRAS-CHAVE: Família. Saúde mental. Apoio social.

INTRODUÇÃO

A rede social constitui-se das relações do indivíduo, como família, amigos, relações de trabalho, escolares ou comunitárias, permitindo entender como o indivíduo interage com estes vínculos.¹ Deste modo, é entendida como a soma de todas as relações que o indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anônima da sociedade.² Sendo esta fonte de recursos, informações e apoio emocional, caracteriza-se por possuir frequentes interações, afeto positivo e apoio significativo.³

ABSTRACT

This study aimed to understand the social networks and linkages established by six families having members with psychiatric disorder. It is a qualitative study conducted with six families in the municipality of Divinópolis (Minas Gerais). Family APGAR and Ecomap done during home visits were used for data collection. In the families that have family dissatisfaction, conflicting linkages with the mental health service and fragile ones with the extended family are identified. Knowledge of the linkages and the social support networks are strategies that facilitate and amplify the actions of Mental Health in Primary Care.

KEYWORDS: Family. Mental health. Social support.

Os primeiros vínculos que se desenvolvem são os familiares e, com o tempo, essa rede se expande através do desenvolvimento de novos vínculos (na rua, escola, trabalho, etc.). Os acontecimentos individuais ou coletivos, os espaços frequentados e as diversas situações vivenciadas tendem a fortalecer, enfraquecer e/ou romper os vínculos antigos que passam a exercer novas funções e conseqüentemente surge a necessidade de novos vínculos suprimindo as exigências emergentes das mudanças. Por isto, a rede social é um sistema dinâmico, cujos vínculos precisam ser nutridos positivamente para a manutenção das funções positivas sobre o indivíduo.⁴ Nesse contexto, a função

¹ Nadja Cristiane Lappann Botti, Docente da graduação de enfermagem da UFSJ; Docente em residência profissional em enfermagem na atenção básica/saúde da família da UFSJ; Enfermeira, Psicóloga, Doutora em Enfermagem psiquiátrica. E-mail: nadjaclb@terra.com.br

² Eloise Azevedo Evangelista, Residente na Residência Profissional em Enfermagem da Atenção Básica da UFSJ

³ Flavia Jesulina Campos Silva, Enfermeira. Residente na Residência Profissional em Enfermagem da Atenção Básica da UFSJ

⁴ Hellen Ariane Ribeiro, Enfermeira. Residente na Residência Profissional em Enfermagem da Atenção Básica da UFSJ

⁵ Jeizziani Aparecida Ferreira Pinto, Enfermeira. Residente na Residência Profissional em Enfermagem da Atenção Básica da UFSJ

⁶ Rafaella Gontijo Nascimento, Enfermeira. Residente na Residência Profissional em Enfermagem da Atenção Básica da UFSJ

⁷ Simone Campos Ferreira, Enfermeira. Residente na Residência Profissional em Enfermagem da Atenção Básica da UFSJ

dessa relaciona-se à qualidade das relações interpessoais estabelecidas com a família e/ou com seu entorno social, em que a qualidade dessas relações está ancorada na história dos vínculos estabelecidos, sua intensidade, frequência e mutualidade.

A rede social evidencia os polos de apoio ao desenvolver as seguintes funções: companhia social, apoio social, apoio emocional, guia cognitivo e conselhos, regulação social, ajuda material e de serviços e acesso a novos contatos, polos esses que determinarão a rede de apoio social do indivíduo.² Cada vínculo dessa rede pode desempenhar mais de uma dessas funções, abarcando um número importante de ações por sua riqueza, complexidade ou idiosincrasias, registrando um mapa mínimo do indivíduo em seu meio social.¹ As redes sociais se originam a partir das interações sociais dadas entre os indivíduos. Esses compartilham um sistema de mútua referência, de modo que eles se conhecem e se reconhecem como ligados entre si. É o reconhecimento dessa ligação que possibilita que uns forneçam apoio aos outros.⁵ Por serem fontes de apoio social, as redes estão relacionadas diretamente à saúde física e mental do indivíduo. Assim, quanto mais diversificadas as relações e quanto mais contextos abrangerem, maiores e mais variados serão os recursos psicossociais dessa rede. Portanto, tal indivíduo estará menos vulnerável frente a uma situação de crise.³

O suporte social, de uma forma geral, pode ser avaliado pela integração social de um indivíduo no seu meio, além da rede de serviços e pessoas que lhe estão acessíveis (serviços de saúde, percepção que o indivíduo tem das pessoas e serviços da comunidade).⁶ Ele é um conceito chave e tem aplicações práticas em indivíduos que precisam de se ajustar a uma doença crônica. Neste caso é apontado como fator capaz de proteger e promover a saúde.⁷ Indivíduos com elevado suporte social apresentam melhor ajuste físico e mental. Verifica-se forte correlação entre o apoio social e a saúde, sendo que o primeiro tem efeitos mediadores na proteção da saúde, desempenhando papel protetor ao longo do ciclo vital.⁷

Conviver com um portador de alguma doença, seja ela de ordem física ou mental, é algo complexo e que pode ter consequências negativas que acabam por desgastar o relacionamento familiar.⁸ Esse quadro piora quando a doença persiste por muito tempo e apresenta frequentes crises. O termo sobrecarga é definido como “consequências negativas resultantes especificamente da existência do doente mental na família”.^{9:37} A sobrecarga pode ser classificada em: financeira, nas rotinas familiares; expressa em forma de doença física ou emocional ou ainda por alterações nas atividades de lazer e relações sociais.¹⁰

A partir destas considerações acerca das redes sociais, apoio social e sobrecarga familiar, este estudo objetivou conhecer as redes sociais e vínculos estabelecidos por seis famílias de portadores de sofrimento mental.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, pois o foco desse tipo de estudo é com um nível de realidade que não pode ser quantificado, pois trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes relacionadas a esta temática.¹¹

A pesquisa foi desenvolvida no município de Divinópolis (Minas Gerais). O município é polo da Macrorregional Oeste e sede de Gerência Regional de Saúde do Estado de Minas Gerais, sendo a maior cidade da região, com população estimada em 216.100 habitantes.¹² Possui 15 Equipes de Saúde da Família, totalizando uma cobertura de 24,3% de sua população.¹³

Participaram do estudo seis famílias, sendo que o critério de inclusão foi que pelo menos um membro fosse portador de sofrimento mental. Cada família pertence a uma Equipe de Saúde da Família (ESF), sendo a seleção destas por indicação dos membros da equipe onde se destacaram famílias com maior vulnerabilidade na situação de enfrentamento de sofrimento mental. As famílias indicadas pelas ESF se enquadraram nos seguintes critérios estabelecidos previamente: a família estar sendo acompanhada na Unidade Básica de Saúde; o familiar portador de sofrimento mental realizar tratamento no Serviço de Referência em Saúde Mental (SERSAM) e o entrevistado concordar em participar da pesquisa. Foram respeitados os procedimentos éticos previstos na legislação brasileira vigente, que regulamenta a pesquisa em seres humanos. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Fundação Educacional de Divinópolis (FUNEDI).

A coleta de dados foi realizada durante Visitas Domiciliares (VD). Os dados foram obtidos através de entrevistas com os membros das famílias e também a observação participativa realizada durante as visitas a cada família. Para coleta e análise dos dados, foi identificada uma pessoa referência de cada família que se refere ao familiar responsável pelo cuidado do portador de sofrimento mental. As entrevistas e posteriormente as famílias foram identificadas aleatoriamente com uma letra a fim de preservar a identidade das famílias entrevistadas.

O quadro 1 identifica a pessoa referência e o familiar portador de sofrimento mental além do status familiar do cuidador, idade e hipótese de diagnóstico do transtorno.

Quadro 1 - Identificação da pessoa referência e do familiar portador de sofrimento mental

Família	Pessoa Referência	Idade	Status familiar da pessoa referência em relação ao portador de sofrimento mental	Portador de sofrimento mental	Idade	Hipótese diagnóstica
S	S	62 anos	Mãe	S1	36 anos	Dependente químico
				S2	40 anos	Dependente químico
R	R	88 anos	Pai	R1	58 anos	Esquizofrenia
J	J	30 anos	Mãe	J1	19 anos	Autismo
H	H	53 anos	Irmã	H1	54 anos	Esquizofrenia
F	F	62 anos	Mãe	F1	45 anos	Depressão
				F2	36 anos	Dependente químico
				F3	35 anos	Depressão
				F4	31 anos	Esquizofrenia
E	E	31 anos	Filha	E1	56 anos	Transtorno bipolar

Fonte: Dados da pesquisa

As VD foram realizadas no período de outubro e novembro de 2010 e teve duração média de 60 minutos cada uma. Na primeira visita, foram apresentados os aspectos éticos e legais para realização de pesquisa com seres humanos. Na segunda e terceira foi realizada entrevista objetivando aproximação com as famílias e obtenção de dados para construção do Ecomapa. Na quarta e última visita, foi realizada a aplicação do Apgar Familiar, ao familiar cuidador do portador de sofrimento mental.

O Ecomapa é um diagrama das relações entre a família e a comunidade que ajuda a avaliar as redes e apoio sociais disponíveis e sua utilização pela família, contendo os contatos das famílias com pessoas, instituições ou grupos, representando ausência ou presença de recursos sociais, culturais e econômicos, de um determinado momento do ciclo vital da família. Ressalta-se que uma família que tem poucas conexões com a comunidade necessita maior investimento da ESF em intervenções que auxiliam na busca por mais conexões ou estabilizações das relações.¹⁴ Os círculos externos mostram os contatos da família com a comunidade. As linhas indicam o tipo de conexão: linhas contínuas representam ligações fortes; as pontilhadas, ligações frágeis; linhas com barras, aspectos estressante; e ausência de linhas significa ausência de conexão.^{15,16}

O Apgar Familiar, desenvolvido por Smilkstein, em 1978, é um instrumento composto por cinco questões que permite a mensuração da satisfação dos membros da família em relação a cinco componentes básicos na unidade e funcionalidade familiar (adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade resolutiva).¹⁷ Os resultados obtidos com a aplicação do Apgar são convertidos em escores partindo de uma escala de respostas com cinco opções para cada um dos componentes a serem avaliados. A somatória dos valores obtidos representa o escore do nível de satisfação familiar do entrevistado, sendo

de 0-3, severamente insatisfeito; de 4-6, moderadamente insatisfeito e de 7-10, altamente satisfeito.

RESULTADOS

A primeira questão refere-se à Adaptação, primeiro componente do Apgar Familiar. Esta está relacionada aos recursos familiares oferecidos quando se faz necessária uma assistência. Verifica-se que duas pessoas referências afirmaram que raramente estavam satisfeitas ao recorrerem à família em busca de ajuda, duas responderam que algumas vezes estavam satisfeitas e duas quase sempre satisfeitas por poderem recorrer à família em busca de ajuda (Tabela 1).

A segunda questão do Apgar Familiar refere-se ao componente Companheirismo que compreende a reciprocidade nas comunicações familiares e na solução de problemas. Nesse item, três entrevistados relataram raramente estar satisfeitos com a maneira pela qual ocorriam as comunicações familiares e a resolução de problemas, um registra algumas vezes encontrar-se satisfeito e dois referem quase sempre satisfeitos com a reciprocidade das comunicações familiares e resolução de problemas (Tabela 1).

O terceiro componente, Desenvolvimento, encontra-se associado à liberdade e disponibilidade da família para mudanças de papéis e para alcance de maturidade ou desenvolvimento emocional. Nessa questão, duas pessoas referências afirmaram que raramente estavam satisfeitas com a aceitação da família e o apoio que ela oferece, e ainda duas responderam que algumas vezes estavam satisfeitas e duas relataram quase sempre estarem satisfeitas (Tabela 1).

O quarto componente, Afetividade, relacionada à intimidade e às interações emocionais num contexto familiar. Nesse item, os dados apresentados na Tabela 1 revelam que dois entrevistados raramente estavam satisfeitos com as interações emocionais no contexto familiar, três regis-

tram que algumas vezes estavam satisfeitos, uma pessoa referência afirma quase sempre estar satisfeita com a afetividade da família.

A quinta questão relaciona-se à Capacidade Resolutiva, que refere-se à decisão, determinação ou resolutividade

existentes em uma unidade familiar. Nessa questão, uma pessoa referiu raramente estar satisfeita com a resolutividade existente na dinâmica familiar, quatro responderam que algumas vezes estavam satisfeitas e uma quase sempre estava satisfeita. Os valores podem ser vistos na Tabela 1.

Tabela 1 - Apgar Familiar da pessoa referência. Divinópolis, Minas Gerais, 2010.

Componentes/Questões Família	Família	Família	Família	Família	Família	Família
	S	R	J	H	F	E
Adaptação/Estou satisfeito com a atenção que recebi da minha família quando algo está me incomodando.	0	2	1	1	2	0
Companheirismo/Estou satisfeito com a maneira com que minha família discute as questões de interesse comum e compartilha comigo a resolução de problemas.	0	2	0	1	2	0
Desenvolvimento/Sinto que minha família aceita meus desejos de iniciar novas atividades ou de realizar mudanças em meu estilo de vida.	0	1	0	1	2	2
Afetividade/Estou satisfeito com a maneira com que minha família expressa afeição e reage em relação aos meus sentimentos de raiva, tristeza e amor.	0	1	1	1	2	0
Capacidade resolutiva/Estou satisfeito com a maneira com que eu e minha família passamos o tempo juntos.	0	2	1	1	1	1
TOTAL	0	8	3	5	9	3

Totalizando os escores dos entrevistados em relação à satisfação familiar, verifica-se que a maioria que três pessoas referências apresentam-se severamente insatisfeitas, ou seja, a maioria. Do restante, uma pessoa apresenta moderada insatisfação familiar e duas apresentaram elevada satisfação familiar.

De acordo com o Apgar Familiar, as famílias S, J e E apresentam insatisfação severa. A insatisfação severa da pessoa referência da Família S pode ser entendida pela preocupação com os filhos dependentes químicos (álcool e crack) e ausência de atenção e diálogo entre o subsistema pais-filhos.

Sra. S relatou ter muitos problemas com os filhos que residem com ela, pois ficam agressivos quando estão sob o efeito das drogas e álcool, já chegaram a ameaçar os pais de morte e que tudo de valor na casa fica trancado dentro de um quarto, pois eles vendem para sustentar o vício. Segundo Sra. S quando os filhos estão sem drogas e álcool, apenas conversam o necessário com os pais, não demonstram carinho ou afetividade. Os dois irmãos estão sem conversar há mais de 3 meses (Família S).

A insatisfação severa da pessoa referência da Família E pode relacionar-se às vivências de cenas de violência intrafamiliar.

A pessoa referência tem a mãe (56 anos) portadora de AIDS, transtorno bipolar e parcialmente dependente para

as Atividades da Vida Diária (AVD) devido um Acidente Vascular Encefálico (AVE) e que, durante as crises, fica agressiva, dizendo coisas desagradáveis e se autoagredindo. O irmão da pessoa referência tem esquizofrenia e é usuário de drogas (crack). Ela se sente responsável pelo irmão, sendo agredida sempre que tenta segurá-lo em casa para que não faça uso de drogas. Segundo a pessoa referência, a sua mãe fica muito preocupada com o filho o que interfere negativamente na sua doença (AIDS), favorecendo as crises de mania e desestabilizando toda a família (Família E).

A insatisfação severa da pessoa referência da Família J pode relacionar-se com a falta de colaboração do marido no cuidado com os filhos e tarefas da casa.

A Família J se organiza para ter toda a atenção voltada para apenas um membro da família (a primogênita de 19 anos, autista, com perda de 95% da audição, afônica e com deficiência física), a mãe dedica todo seu tempo com a filha acarretando sobrecarga para a mesma. A responsabilização das tarefas domésticas e dos cuidados com as três filhas a deixa insatisfeita, esgotada e sem perspectivas de futuro melhor. Relata relação marido/mulher baseada em brigas e discussões. O que contribui para este desentendimento do casal é o fato do marido ser alcoolista, e não ser cooperativo nas questões familiares, como cuidados com as filhas e com as tarefas domésticas (Família J).

De acordo com o Apgar Familiar, a família H apresenta insatisfação moderada. Esta insatisfação da pessoa referênciada pode ser entendida pela sobrecarga em cuidar da irmã (54 anos) com crises frequentes e da mãe idosa (85 anos) associada a questão do desemprego.

A pessoa referênciada da Família (53 anos) é hipertensa, solteira e encontra-se desempregada. Mora com a irmã (54 anos), solteira, esquizofrênica e com a mãe (85 anos), aposentada, hipertensa e com complicações de uma úlcera venosa em perna direita. A pessoa referênciada conta ainda que sua irmã tem crises quase diárias, onde rasga roupas e o que estiver ao alcance, grita, e urina em suas vestimentas (Família H).

De acordo com o Apgar Familiar, as famílias R e F apresentam-se altamente satisfeitas. A satisfação da pessoa referênciada da Família R pode ser entendida em função do suporte recebido da família.

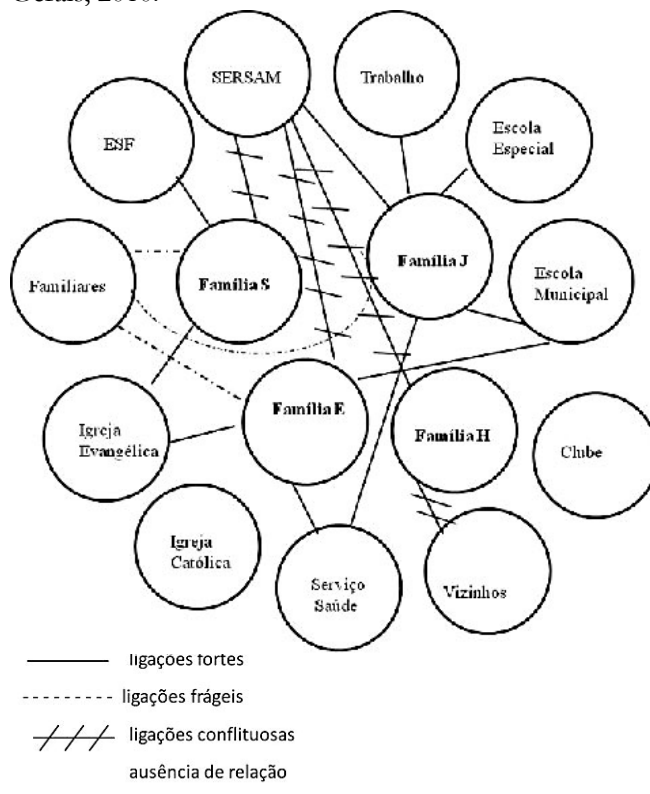
A Família R é composta por dois membros, a pessoa referênciada (88 anos) portador de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e hipertireoidismo, viúvo, aposentado, e seu filho R1 (58 anos), esquizofrênico, portador de HAS e Diabetes Mellitus (DM), aposentado. Há 14 anos moram apenas os dois em casa própria. A pessoa referênciada relata que seu filho é sua companhia, apesar de às vezes ser difícil conversar, trocar ideias, sentimentos, dividir tarefas, pois ele não compreende, mas é feliz e sempre tem visita das filhas, genros, netos e vizinhos (Família R).

De acordo com o Apgar aplicado individualmente na pessoa referênciada da Família F entrevistada, ela se encontra altamente satisfeita, apesar das divergências com o marido, pois está satisfeita com os filhos e netos que convivem com ela.

A pessoa referênciada (62 anos), portador de HAS, com epilepsia por Neurocistecercose, casada há 45 anos com Sr. F. Relata que, desde o primeiro filho, o marido se mostrou agressivo, a relação do casal é bastante conturbada. Não se consideram marido e mulher, somente vivem sob o mesmo teto. Possuem 7 filhos, mas somente 4 vivem com eles, que são: F1 (45 anos), divorciada com 2 filhos, com diagnóstico de depressão; F2 (36 anos), separado, dependente químico; F3 (35 anos), solteira, formada em Direito, desempregada, com diagnóstico de depressão e F4 (31 anos), solteiro, portador de sofrimento mental, violento quando se irrita (quebra objetos dentro de casa ou joga fora quando se irrita), todos os filhos tem bom relacionamento com a mãe (Família F).

O Ecomapa, como um diagrama das relações entre a família e os recursos comunitários, possibilita, através da sua visualização, avaliar os apoios e suportes disponíveis utilizados pelas seis famílias estudadas. De acordo com o Apgar Familiar, as famílias S, J e E apresentam insatisfação severa e a família H apresenta insatisfação moderada. A Figura 1 mostra o Ecomapa das famílias S, J, E e H.

Figura 1 - Ecomapa das famílias que apresentam insatisfação familiar segundo Apgar Familiar. Divinópolis, Minas Gerais, 2010.



Fonte: Dados da pesquisa

O Ecomapa mostra os contatos da família com grupos variados, assim no Ecomapa das Famílias S, J e E há contatos com pessoas (familiares e vizinhos) e instituições (escola especial, escola municipal, serviço de saúde, igreja, serviço de saúde e trabalho) (Figura 1).

A pessoa referênciada da Família S (62 anos) relata boa relação com o marido, casados há 44 anos, e que, devido não ter nenhum tipo de lazer, a única distração da família é frequentar a igreja evangélica duas vezes por semana. O casal faz acompanhamento com a ESF devido HAS (pessoa referênciada) e Bronquite Crônica (esposo 67 anos). O casal tem duas filhas casadas, mas relata ter relação de amizade apenas com uma filha, a qual é a confidente e a única pessoa com quem a família pode contar. Com a outra filha, relata

não ter contato, pois devido ao descontrole financeiro termina tendo problemas com dívidas. A pessoa referência da Família relata ter três irmãs que residem em Divinópolis, mas não tem contato. Seu pai reside em um município próximo, é cego do olho esquerdo e possui sequelas nos membros superiores devido a acidente de trabalho. Sua mãe reside em um asilo em Divinópolis e apresenta Mal de Alzheimer. Junto com o casal da família S, moram dois filhos: S1 (36 anos), solteiro, hipertenso, mas não adere ao tratamento, padeiro desempregado, alcoolista há 10 anos; e S2 (40 anos), separado, hipertenso, mas não faz uso de medicação para o controle da pressão arterial, pedreiro desempregado, usuário de drogas desde os 16 anos, atualmente faz uso do crack. Os irmãos apresentam registro de internação psiquiátrica para desintoxicação e não aderem ao tratamento no Serviço de Referência em Saúde Mental (SERSAM).

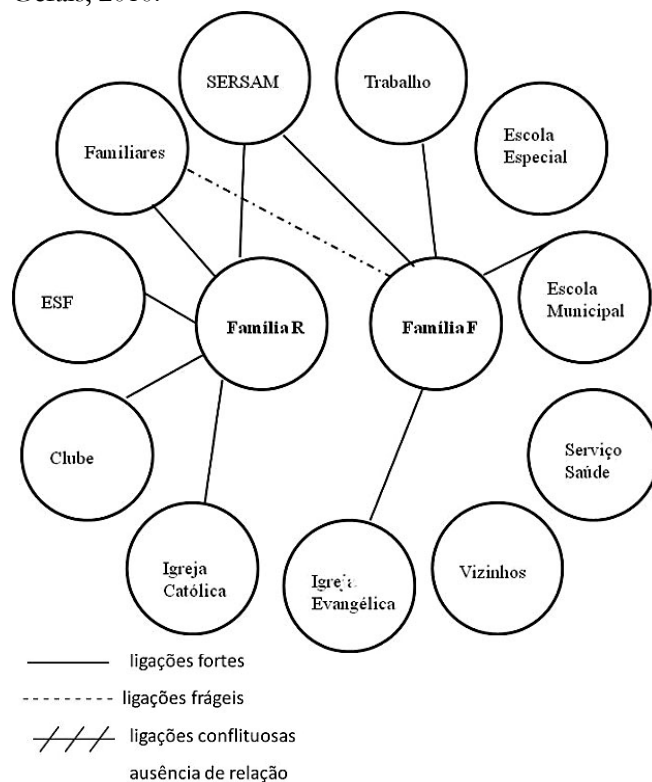
A pessoa referência da Família E (31 anos), auxiliar de limpeza, separada, tem boa relação com a filha (7 anos) que frequenta a escola regularmente (1ª série do Ensino Fundamental) e a ajuda nas tarefas de casa. Relata que seu lazer é ir regularmente à igreja evangélica. Não tem contato com o ex-marido que mora em outro município e relata que não recebe pensão para a filha. A pessoa referência tem também um filho (14 anos), que mora com o pai em outra cidade, diz manter bom relacionamento com o filho apesar da distância. Mora também no domicílio sua mãe e irmão. A mãe, viúva E1 (56 anos), portadora de AIDS, transtorno bipolar e parcialmente dependente para as AVDS devido AVC. Relata que a mãe morava com outra filha durante sete anos e que esta a colocou num asilo devido sua agressividade, onde permaneceu por dois anos, depois vindo morar com a pessoa referência. Faz tratamento regular para AIDS, mas abandonou o acompanhamento no SERSAM. O irmão (30 anos) esquizofrênico e usuário de crack, solteiro, desempregado e também não adere ao tratamento no SERSAM.

A pessoa referência da Família J (30 anos) é casada há vinte anos com o marido (40 anos), servente de pedreiro. Relata relação conjugal baseada em brigas e discussões. O que contribui para este desentendimento do casal é o fato de o marido ser alcoolista, e não ser cooperativo nas questões familiares, como cuidados com as filhas e com as tarefas em casa. Tem três filhas que moram no domicílio, J1 (19 anos) autista, com perda de 95% da audição, afonia e deficiência física, que faz acompanhamento no SERSAM e no Instituto Helena Antipoff e J2 (10 anos) e J3 (8 anos), estudantes do Ensino Fundamental. A família, em caso de doença, procura a unidade de saúde ou Pronto Socorro Regional. A pessoa referência relata que a família não possui vínculos com grupos comunitários e não exerce atividade de lazer e

diz que a única distração é assistir televisão e evita visitar as irmãs porque o marido briga toda vez que ela sai de casa.

A pessoa referência da Família H (53 anos) é portadora de HAS, solteira e desempregada. Mora com a irmã H1 (54 anos), solteira, esquizofrênica e com a mãe (85 anos), aposentada, hipertensa com complicações de úlcera venosa. A pessoa referência conta que sua irmã tem crises diárias, onde rasga roupas e o que estiver ao alcance, grita, e urina em suas vestimentas e não adere ao tratamento no SERSAM. Ainda relata que a família não tem nenhum contato com os vizinhos.

Figura 2 - Ecomapa das famílias que apresentam satisfação familiar segundo Apgar Familiar. Divinópolis, Minas Gerais, 2010.



Fonte: Dados da pesquisa

A pessoa referência da Família R (88 anos), hipertenso e portador de hipertireoidismo, viúvo, aposentado, mora com seu filho (58 anos), esquizofrênico, hipertenso e diabético, aposentado. Fazem regularmente acompanhamento na ESF e no SERSAM. Relata ser viúvo há 14 anos e desde então mora somente com o filho em casa própria. Conta ter sete filhos, seis casados, uma falecida e 16 netos e mantém contato frequente com os familiares, entre eles os filhos, noras, genros, netos e vizinhos. Quanto ao lazer, refere fazer hidroginástica no clube perto de casa, assiste

TV, visita os filhos e frequenta a igreja Católica. A pessoa referência relata que seu filho é sua companhia, apesar de às vezes ser difícil conversar, trocar ideias, sentimentos, dividir tarefas, pois ele não compreende, mas apesar disto considera-se feliz.

A pessoa referência da Família F (62 anos), HAS, tem epilepsia por Neurocistecercose e depressão, é casada há 45 anos com Sr. F, mas relata que, desde o primeiro filho, o marido se mostrou agressivo e a relação do casal é bastante conturbada. Não se consideram marido e mulher, somente vivem sob o mesmo teto. Eles possuem sete filhos, mas somente quatro vivem com eles, que são: F1 (45 anos), divorciada com dois filhos, com depressão; F2 (36 anos), separado, dependente químico; F3 (35 anos), solteira, formada em Direito, desempregada, com depressão e F4 (31 anos), solteiro, esquizofrênico, violento quando se irrita (quebra objetos dentro de casa ou joga fora quando se irrita). A pessoa referência e os filhos fazem tratamento no SERSAM. Ainda moram no domicílio dois netos do casal: f1 (21 anos), estudante e auxiliar de serviços gerais e f2 (8 anos) estudante do Ensino Fundamental. Os filhos e os netos têm bom relacionamento com o casal. A pessoa referência possui irmãos que moram em outro município e raramente se encontram. Também tem três filhos com os quais não tem contato: F5 (47 anos), casada, com cinco filhos que residem em outro município; F6 (40 anos), solteiro, dependente químico e preso por homicídio; e F7 (38 anos), solteiro, esquizofrênico, dependente químico, preso por tentativa de homicídio. Seu único lazer é frequentar a Igreja Evangélica várias vezes por semana.

DISCUSSÃO

Verifica-se que as pessoas responsáveis pelo cuidado ao portador de sofrimento mental na família, identificadas como pessoas referências, são membros da rede social primária, isto é, da família, com forte presença feminina, sendo principalmente a mãe (Família S, J e F); irmã (Família H) e filha (Família E). Somente a Família R apresenta como cuidador do portador de sofrimento mental a figura do pai. Assim identifica-se a centralidade do papel feminino da rede social primária no cuidado ao portador de transtorno mental.

As redes de sociabilidade primária são de extrema importância no provimento de apoio aos portadores de sofrimento psíquico, uma vez que, com o processo de desinstitucionalização em saúde mental, são essas redes, em especial os grupos familiares, que assumem parte do cuidado. As redes que envolvem o indivíduo têm grande

importância na descoberta do transtorno e no seu tratamento, pois são geralmente os membros dessas redes que percebem os primeiros sintomas e influenciam na escolha do tratamento ao qual o indivíduo será submetido.¹⁸ Desse modo, entende-se que a instituição familiar constitui-se em um dos principais nós da rede social do portador de transtorno mental. Levando-se isso em consideração, torna-se preocupante a insatisfação (grave e moderada) identificada nas pessoas responsáveis pelo cuidado familiar ao portador de transtorno mental (Família S, J, E e H).

O presente estudo mostra que os vínculos entre a rede social primária (entre a família nuclear), particularmente entre mãe e filhos dependentes químicos (Família S), entre filha e mãe (Família E), entre os irmãos (Família S, H e E) ou entre o casal (Família J e F), em sua maioria as vinculações familiares, estão permeados por ambiguidade e estresse, ou seja, tais famílias apresentam padrão disfuncional de interação.

A rotina de cuidados de familiares com portadores de sofrimento mental pode vir a desencadear situação de sobrecarga, a qual pode se expressar de diferentes maneiras. A sobrecarga na família S e J reflete o desgaste físico e emocional que a família sofre diante da agressão em situações de uso, fissura ou abstinência de drogas, associada à sobrecarga financeira (Família S) com as dificuldades econômicas enfrentadas em decorrência do uso de bens, valores da família pelo familiar dependente químico para obtenção da droga e álcool.

No caso da Família J, a sobrecarga ocorre por ela ter que dedicar atenção integral apenas à filha primogênita de 19 anos, autista e com deficiência auditiva e física, alterando a rotina familiar. Além disso, o companheiro não é cooperativo nas questões familiares, entre elas o cuidado com as filhas e com as tarefas domésticas.

O desgaste emocional identificado na Família H pode ser entendido pela sobrecarga nas rotinas familiares devido à necessidade de cuidados básicos e frequentes, com a irmã esquizofrênica e a mãe hipertensa e idosa. Além disso, devido à cuidadora (pessoa referência) estar desempregada, verifica-se também sobre a família a sobrecarga financeira.

Importante reconhecer famílias que apresentam insatisfação familiar associada à sobrecarga. A família precisa ser orientada sobre como lidar com a questão do transtorno mental, além de também necessitar de apoio dos serviços de saúde mental, pois a atenção à família faz parte do projeto de reforma psiquiátrica no Brasil. Entretanto, esse cuidado às famílias não tem ocorrido de modo satisfatório.⁹ Diante disso, sem o apoio necessário, a família acaba por não responder às expectativas no que concerne a sua função de

facilitadora da reinserção social do portador de transtorno mental e acaba colaborando para que ele se torne cada vez menos autônomo e mais dependente da família.⁵

O fato de nomear a rede social ou materializá-la consiste no primeiro passo para acessá-la com fins terapêuticos e que o conhecimento sistêmico dessa rede, através de mapas, permite o planejamento de intervenções que podem ser efetivadas também pelo próprio indivíduo, objetivando ativar, desativar ou mobilizar as redes.²

A construção do ecomapa das famílias S, J e E possibilita a identificação dos vínculos e a avaliação da rede social de apoio. Importante verificar que, analisando os vínculos das famílias que apresentam insatisfação familiar, identificam-se vínculos conflituosos com o SERSAM e frágeis com a família extensa.

A principal rede operante, entre as vinculações dessas famílias, sem dúvida, constitui-se na figura do SERSAM e da família extensa. A rede operante é conceituada como aquela parte da rede social com a qual o sujeito foco (ou família) obtém, apoio, ajuda material, serviço e contato social.³ Além disso sabe-se que um trabalho multiprofissional que estimule o vínculo com a equipe, a adesão ao tratamento e ao serviço e o reconhecimento e vínculo com a rede social do paciente são fatores que contribuem para que de fato o indivíduo opte por romper com o círculo vicioso movido pela dependência química.⁴

Parece também que famílias S, J, E e H apresentam sérias dificuldades em estabelecer novos vínculos, assim sendo as atividades de lazer dessas famílias são ausentes e nem sequer nomeadas. A inexistência de vínculo com o trabalho identificado na Família H aponta para a sobrecarga financeira. Além disso, o desemprego consiste também em fator desestruturante da organização familiar e pode, portanto, desencadear novas crises. Conforme já evidenciado em estudo, a pobreza de relações sociais consiste num fator tão nocivo à saúde quanto o fumo ou a obesidade, por exemplo.¹⁹ A rede social na qual as famílias S, J, E e H estão inseridas precisa urgentemente de suporte a fim de se tornarem promotoras de qualidade de vida.

As famílias satisfeitas R e F apresentam redes institucionais de suporte maiores e mais multifacetadas. Refere-se a duas formas de atuação ou dois tipos de efeitos do apoio social na saúde e no bem-estar do indivíduo. Os primeiros designam-se por efeitos diretos, nos quais o apoio social tem um efeito evidente sobre o bem-estar, independentemente do nível de estresse (quanto maior o nível de apoio social, menor o mal estar psicológico e, quanto menor o grau de apoio social, maior a incidência de transtornos, independentes dos acontecimentos de vida estressores).

Esta hipótese sugere que o apoio social e a saúde estão linearmente relacionados. O segundo efeito designam-se de efeitos indiretos, nos quais o apoio social funciona como moderador de outras forças que influenciam o bem-estar. Este princípio afirma que, quando as pessoas estão expostas a estressores sociais, estes tenderão a exercer efeitos negativos, principalmente nas pessoas cujo nível de apoio social é baixo.⁶

O suporte social não é a solução para os problemas de saúde, mas que, em parte, ele pode ajudar no tratamento, proporcionando melhor qualidade de vida aos portadores de sofrimento mental e seus familiares. Em relação à religião, as famílias R e F apresentaram vínculos religiosos. A questão da religião exerce tanto o papel de expressão da espiritualidade do indivíduo como pode ter o papel de possibilitar interações atuando como ambiente de socialização. A religião ou espiritualidade tem sido descrita como fonte de apoio social, isto é, como incentivo às práticas e valores preconizados pelos cultos religiosos, os quais incluem continência dos impulsos e exercício da fraternidade, podendo favorecer a socialização e comportamentos saudáveis, modos de encontrar sentido para suas experiências e angústias.^{20,21}

Importante o resgate do suporte familiar, como se verifica nas Famílias S, J e E nas quais tais suportes são frágeis em relação à família extensa. Os achados também mostram a importância do resgate do vínculo entre o SERSAM e as famílias. O suporte social, mais especificamente o suporte familiar, é considerado como amortecedor das consequências de diferentes acontecimentos traumáticos na vida dos indivíduos.⁶

O suporte social é um fator de redução de diversos transtornos psiquiátricos/psicológicos, tais como depressão, ansiedade e esquizofrenia podendo estar associado ao desenvolvimento e tratamento desses problemas. Quanto menor for o apoio social, maior será a incidência destes transtornos.⁶ Este, quando ausente, revela-se como fator de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais.²²

A intervenção no suporte social torna-se relevante quando se verifica a existência de portadores de sofrimento mental que conseguem ultrapassar situações de crise sem recorrer à internação, através do suporte social proporcionado por amigo, familiar ou profissional de saúde, existindo também situações em que os indivíduos entram em crise quando as suas ligações sociais se alteram ou desaparecem.⁶

As pessoas que sofrem de transtorno mental, de uma forma geral, apresentam redes sociais de apoio menores e menos recíprocas, havendo, assim, menor troca de recursos como os que, supostamente, teriam as principais funções

de suporte social.⁶ No caso das Famílias S, J e E seria o SERSAM e a família extensa. O suporte social e familiar adequado possui influência positiva nos resultados do tratamento psicoterapêutico, diminuindo a incidência de transtornos mentais. Ressalta-se que os esquizofrênicos, não só apresentam menor número de recursos, como também utilizam em menor frequência os recursos disponíveis.⁶

Tal fato deve ser aplicado como indicativo para as equipes de saúde identificarem fragilidades e fortalezas para implementação da atenção integral em saúde mental. Faz-se perceptível, portanto, a importância da prática sistêmica baseada no princípio de redes sociais para intervenções efetivas junto aos portadores de sofrimento mental e seus familiares dentro da proposta de reinserção social e resgate da cidadania, preconizada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica. A análise da estrutura dessas redes tem importância relevante para orientar a reabilitação e o tratamento das pessoas com sofrimento mental. Nesse sentido, as redes constituem-se em importantes objetos de intervenção, pois permitem a organização das experiências pessoais e grupais que, depois de estudadas propiciam modos de intervenções mais adequados aos diferentes contextos.^{2,3}

CONCLUSÃO

Neste estudo, identifica-se a centralidade do papel feminino da rede social primária no cuidado ao portador de transtorno mental. Com a Reforma Psiquiátrica e o processo de desinstitucionalização, estas redes são fundamentais no apoio aos portadores de sofrimento psíquico. Neste caso, quando os vínculos entre a rede social primária estão permeados por ambiguidade e estresse, as famílias tendem a apresentar padrão disfuncional de interação. Importante verificar que, analisando os vínculos das famílias que apresentam insatisfação familiar, identificam-se vínculos conflituosos com o SERSAM e frágeis com a família extensa, sabendo-se que a principal rede operante dentre as vinculações dessas famílias, sem dúvida, constitui-se na figura do SERSAM e da família extensa.

Nota-se que a rotina de cuidados de familiares com portadores de sofrimento mental pode vir a desencadear situação de sobrecarga, a qual pode se expressar de diferentes maneiras. Neste sentido é importante a atuação dos profissionais da Atenção Básica no reconhecimento das famílias que apresentam insatisfação familiar associada à sobrecarga. Verifica-se que as famílias satisfeitas tendem a apresentar redes institucionais de suporte maiores e mais multifacetadas.

Em síntese destaca-se a importância do conhecimento dos vínculos e as redes de apoio social como estratégias

facilitadoras e ampliadoras das ações de Saúde Mental na ESF, consolidando a proposta da Política Nacional da Atenção Básica e da Reforma Psiquiátrica.

REFERENCIAS

1. Lavall E, Olschowsky A, Kantorski LP. Avaliação de família: rede de apoio social na atenção em saúde mental. *Rev Gaúcha Enferm.* 2009 jun; 30(2):198-205.
2. Sluzki CE. A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. 126p.
3. Troncoso M, Alvares C, Sepúlveda R. Redes sociales, salud mental y esquizofrenia: una revisión del tema. *Rev Psiquiat.* 1996 jul/dez; 12(2):67-73.
4. Souza J, Kantorski LP, Mielke FB. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPSAD. *Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* 2006 jan/jun; 2(1):1-17.
5. Fonte LMM, Melo DDG. Apoio social e sobrecarga familiar: um olhar sobre o cuidado cotidiano ao portador de transtorno mental. *Sociedade em Debate.* 2010 jan/jun; 16(1):173-194.
6. Rodrigues VB, Madeira M. Suporte social e saúde mental: revisão da literatura. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde.* 2009; 6(1):390-399.
7. Siqueira MMM. Construção e validação da Escala de Percepção de Suporte Social. *Psicol Estud.* 2008 abr/jun; 13(2):381-388.
8. Cavalheri SC. (2002). Acolhimento e orientação à família. [internet]. 2002 [citado 2011 jun 10]. Disponível em: <http://www.sppc.med.br/mesas/silvana.htm>
9. Bandeira M, Barroso SM. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. *J Bras Psiquiatr.* 2005 jan/mar; 54(1):34-46.
10. Koga M, Furegato AR. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. *Cienc Cuid Saúde.* 2002 jan/jun; 1(1):75-79.
11. Polit DF, Hungler B. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. 198p.

12. IBGE. Estimativas de população do Brasil, grandes regiões, unidade da federação e municípios. Departamento de população e indicadores sociais. [internet] 2009 [citado 2011 jun 20]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
13. SEMUSA. Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis. Plano Municipal de Saúde/2010. Divinópolis: Prefeitura Municipal de Divinópolis, 2010.
14. Pereira APS, Teixeira GM, Bressan CAB, Martini JG. O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. *Rev Bras de Enferm.* 2009 maio/jun; 62(3): 407-16.
15. Rocha SMM, Nascimento LC, Lima RAG. Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. *Rev latinoam enferm.* 2002 set/out; 10(5):709-14.
16. Agostinho M. Ecomapa. *Rev Clin Geral.* 2007; 23(1):327-30.
17. Duarte YA. O. Família: rede de suporte ou fator estressor: a ótica de idosos e cuidadores familiares [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2001. 196f.
18. Souza IMA. Na trama da doença: uma discussão sobre redes sociais e doença mental. In: Rabelo MC, Alves PC, Souza IMA. *Experiência de doença e narrativa.* Rio de Janeiro, Editora Fiocruz; 1999. cap 9, p.89-124.
19. Andrade GRB, Vaitsman J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciênc saúde coletiva.* 2002; 7(4):925-934.
20. Wright LM, Leahey M. *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família.* Tradução de Sílvia M. Spada. São Paulo: Roca, 2002.
21. Dias J, Nascimento LC, Mendes IJM, Rocha SMM. Promoção de saúde das famílias de docentes de enfermagem: apoio, rede social e papéis na família. *Texto contexto-enferm.* 2007 out/dez;16(4):688-95.
22. Cid MFB. Fatores de risco e proteção: saúde mental de mães e filhos, suporte social e estilo parental [dissertação]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2008. 98 f.

Submissão: novembro/2011

Aprovação: fevereiro/2012
