

## **AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS CUIDADORES DE SUJEITOS E SOFRIMENTO PSÍQUICO**

- 1. Rozemere Cardoso de Souza**- Universidade Estadual de Santa Cruz- Docente da disciplina Saúde Mental- Doutora em enfermagem psiquiátrica- rozemeresouza@ig.com.br
- 2. Nairan Morais Caldas**- Universidade Estadual de Santa Cruz- Doutora em enfermagem nairanmorais@yahoo.com.br
- 3. Dayse Mota Rosa Pinto**- Universidade Estadual de Feira de Santana- Mestranda em Saúde Coletiva- daysemrosa@hotmail.com
- 4. Vinícius Rios Soares**- Universidade Estadual de Santa Cruz- graduação em enfermagem- vinirioss@hotmail.com

## RESUMO

O referido estudo foi realizado em um bairro do município de Ilhéus, Bahia. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quali-quantitativa, objetivando avaliar a qualidade de vida (QV) de cuidadores de sujeitos em sofrimento psíquico cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Participaram do estudo 25 cuidadores, mediante assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Utilizamos como instrumentos para coleta de dados uma escala de qualidade de vida (WHOQOL – BREF) e observação-participante. A análise dos dados deu-se através da estatística descritiva. Analisamos a QV dos familiares classificada entre regular e satisfatório, segundo os domínios da escala. Apontamos para a elaboração de propostas de intervenção dirigidas à população investigada e para reflexões acerca dessa temática no contexto da ESF.

**Palavras chaves:** enfermagem psiquiátrica. Estratégia de saúde da Família.

## ABSTRACT

This study was conducted in a neighborhood of the city of Ilheus, Bahia. This is a descriptive study with qualitative and quantitative approach, to evaluate the quality of life (QOL) of caregivers of people with mental disorders registered in the Family Health Program (PSF). 25 caregivers participated in the study by signing the end of Free and Informed Consent. Used as instruments for data collection, a range of quality of life (WHOQOL - BREF) and observer-participant. Data analysis was made by descriptive statistics. We analyzed the QOL of family members rated between regular and satisfactory, in the areas of scale. Suggested for the preparation of proposals for assistance to the population investigated and thoughts about this topic in the PSF.

**Keywords:** psychiatric nursing; Family Health Strategy.

## 1 INTRODUÇÃO

Sabe-se que o transtorno mental altera o funcionamento da família, interferindo em seus processos, bem como o estabelecimento de mecanismos alternativos de organização, logo, altera significativamente a qualidade de vida dos portadores de sujeitos em sofrimento psíquico e de seus respectivos cuidadores.

No contexto da produção de cuidado em Saúde mental, muitos familiares visualizam a Reforma Psiquiátrica enquanto desassistência e continuam a busca pelo hospital e pela internação psiquiátrica para alívio de seu sofrimento. (ORNELAS, 2003) Esse é um dos problemas enfrentados por essa Reforma e por seus defensores que se empenham para que o cuidado do doente mental na família não signifique outra relação de poder entre os membros e os profissionais, o que indicaria a reprodução do modelo manicomial. Pelo contrário, o que se pretende é a co-participação para a produção de novas relações, para a construção de cidadania e de vida com qualidade satisfatória tanto para o sujeito portador de transtorno mental quanto para sua família.(SOUZA, 2005).

Ao analisarmos a literatura, percebemos que nos dias atuais vai se figurando pelo menos dois consensos: a família precisa de suporte para desempenhar o seu papel de cuidadora da pessoa com sofrimento psíquico e é preciso conhecer para intervir de maneira integral, participativa e com qualidade.(GONÇALVES,2001)

Compreende-se que cada família é única em suas formas de responder aos eventos da vida, e, portanto, do processo saúde e doença mental, e carrega diferentes tendências culturais, ainda que pertença a uma mesma comunidade e, ou classe social.

A esse respeito, Barroso(2001) descreve que os profissionais devem estar atentos ao contexto sócio-cultural onde a família se insere a fim de não confundirem códigos e traços culturais com a patologia.

De um modo geral, esse processo enfrenta desafios complexos, como a construção de uma rede suficiente de cuidados em saúde mental, que alcance as necessidades e diferentes demandas de quem precisa de ações: usuários, familiares e equipes de cuidados. (PITTA, 2009).

Nesse sentido, esse estudo teve por objetivo geral avaliar o contexto em que se estabelece os determinantes da qualidade de vida de familiares responsáveis pela produção de cuidados de doentes mentais no contexto da Estratégia de Saúde da Família

(ESF) e como objetivos específicos: caracterizar o perfil sócio-demográfico do familiar cuidador de doentes mentais cadastrados na ESF; avaliar a qualidade de vida de seus membros e analisar necessidades e demandas dos familiares para o exercício do papel de cuidador do doente mental, acreditando-se que respondendo a tais questionamentos poder-se-á contribuir para o processo de reforma da atenção psiquiátrica, no município de Ilhéus.

Assim, este estudo contribuirá, dentre outros aspectos, para fomentar dados que subsidiem a elaboração de propostas de intervenção dirigida à população investigada

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

Para discutirmos as possíveis alterações vivenciadas pelos cuidadores dos portadores de transtornos mentais, faz-se necessário considerarmos os diversos sentidos dados ao termo Qualidade de vida (QV). Sendo que este é um termo muito comentado nos dias atuais, e ao mesmo tempo bastante buscado por todos, independente de classe social ou raça. Mas é um termo extremamente amplo e subjetivo, o qual permite diferentes definições variando de pessoa a pessoa, ou seja, o que é QV pra uma pessoa nem sempre o é pra outra.

Sendo assim, uma boa definição, descrita por Nahas(2001), refere que QV é “a condição humana que reflete um conjunto de parâmetros individuais, sócio-culturais e ambientais que caracterizam as condições em que vive o ser humano”. Sendo ainda compreendida como o nível de satisfação alcançado pelo ser humano, durante o viver, no atendimento aos seus próprios objetivos.

Outra consideração importante é a de Minayo *et al* (2000), o qual define a qualidade de vida boa ou excelente aquela que oferece um mínimo de condições para que os indivíduos nela inseridos possam desenvolver o máximo das suas potencialidades, sejam estas: viver, sentir, amar, trabalhar, produzindo bens e serviços, fazendo ciência ou artes.

Sendo um tema tão amplamente discutido, recorreremos ainda às colocações do Grupo de Qualidade de Vida da divisão de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde, que preferiu definir *qualidade de vida* como "a percepção do indivíduo de sua

posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações".

Refletir acerca da QV de um núcleo familiar nos exige um esforço maior ainda em entender também o sentido designado ao termo Família, sendo este subjetivo, de extrema importância na formação e desenvolvimento de todos os indivíduos e possibilitando amplas definições.

Nesse diapasão, Taylor apud Ribeiro(2007) aponta que família são duas ou mais pessoas relacionadas entre si por vínculo de sangue ou legal. Mas família também tem a característica de identificar-se e ser identificado por outros como tal.

A família pode ainda ser entendida como um núcleo com pessoas que convivem em determinado lugar, durante um espaço de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas ou não por laços de consangüinidade. Essa família recebe influência da sociedade a que está relacionada, no que diz respeito à cultura e ideologia particulares, como também tem sobre ela influências específicas(2000).

Barreto(1995) atenta para o contexto sociocultural em que tais famílias estão inseridas, o qual oferece elementos que a configuram como um modelo dinâmico suas peculiaridades.

Outrossim, ao pensarmos em família, normalmente visualizamos uma composição com os seguintes atores sociais: pai, mãe e filhos, os quais devem dividir a mesma casa. Tal cenário caracteriza um modelo que é o da família nuclear burguesa, criada no início do século XVIII e muito valorizada pela Igreja. Essa imagem sofreu fortes influências do período em que estava inserido, sendo que no período colonial, a figura marcante era a família vertical, com casamentos entre pessoas da mesma classe sócio-econômica, que preservavam as propriedades e consolidavam as posses. Por outro lado, ao final do século XIX tornou-se mais comum nos casamentos a transferência socioeconômica.

Uma característica muito importante atribuída ao termo família por Barreto(1995) é a sua dinamicidade, o que nos permite, no cenário social atual, visualizarmos as diferentes configurações atribuídas a tal núcleo, caracterizado por diversas interações entre indivíduos. Nesse sentido, observa-se a família de origem – ascendência e descendência (laços de sangue); família extensa – pessoas unidas pelo sangue ou por afinidade; família nuclear – pais e filhos (vigoram as relações biológicas) e família substituta – não possuem laços de parentesco. Adverte-se para a idéia de que o fato de a família ser um espaço privilegiado de convivência não quer dizer que não

existam conflitos nesta esfera. Entretanto, todos os autores chamam a atenção para a necessidade da presença de relações significativas para constituição de famílias.

Em casos de famílias apresentando um membro portador de doença mental, ela se constitui um instrumento de extrema importância para a formação desse indivíduo, exercendo influência, assim como sendo influenciada neste contexto de convivência. Sendo assim, a família tem sido considerada como a principal provedora de cuidados do doente mental, mas não se pode esquecer que ela está dentro do contexto de uma patologia, e que essa exerce influência sobre o equilíbrio familiar, assim como sobre sua QV, exigindo cuidados e atenção da equipe.

Com o processo da desinstitucionalização surgido na década de 80 a partir do movimento de Reforma Psiquiátrica e que têm como conceito não apenas a substituição do hospital, mas a criação de novas alternativas de cuidados para o doente mental, as famílias dos pacientes têm participado cada vez mais como as principais provedoras de cuidados e apoio aos mesmos. Entretanto apenas nos últimos anos tem havido maior conscientização e valorização do importante papel exercido por essas famílias.

Um fator relevante na produção do cuidado em saúde mental é o fato de a família enfrentar situações de dificuldades, talvez por não ter suficiente conhecimento sobre a doença vivenciada pelo seu familiar, esta geralmente não compreende a sintomatologia e a evolução do quadro clínico da patologia. Tudo isso ocasiona uma série de sofrimentos e insegurança tanto da família quanto do doente mental, o que nos leva a prestar uma assistência direcionada não só ao portador da doença mental, mas também a sua família, entendendo que a família do doente mental não é apenas cuidadora, mas sobretudo usuária do serviço de saúde. Dessa forma, percebe-se a relevância deste estudo, até porque são muitos os problemas levantados e raros os trabalhos realizados sobre a temática em estudo.

### **3 MATERIAL E MÉTODOS**

Esta pesquisa seguiu a metodologia quali-quantitativa. O contexto do estudo foi o PSF (Programa de Saúde da Família) do bairro Teotônio Vilela, em Ilhéus, Bahia. A escolha do mesmo decorreu do desenvolvimento de um Projeto de extensão, realizado nesse serviço, fomentando a produção de cuidados no campo da Saúde Mental.

Participaram do estudo 25 familiares identificados por laços consangüíneos ou afetivos que atenderam aos seguintes critérios: (i) ser responsável pelo cuidado dirigido ao doente mental em sua residência e/ou comunidade; (ii) consentir em participar da pesquisa, mediante assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos sujeitos TCLE. Respeitando a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde.

A coleta de dados foi iniciada após análise e aprovação do Comitê de ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). Os dados foram coletados no período de três meses. Utilizamos como instrumentos para a coleta de dados a observação participante e a aplicação da escala de qualidade de vida, WHOQOL – bref, uma síntese do WHOQOL-100, idealizado pelo Grupo de Qualidade de Vida (Grupo WHOQOL) da OMS, com a finalidade de desenvolver instrumentos capazes de fazê-lo dentro de uma perspectiva transcultural. O WHOQOL – bref consta de 26 questões. Duas são gerais de qualidade de vida, ao passo que as demais representam cada uma das 24 facetas correspondentes a quatro domínios que interferem na percepção da qualidade de vida que são físico, psicológico, relações sociais e ambiente, sendo quantificados em escores que variam entre 0 – 100, sendo 0 o pior resultado e 100 o melhor. A análise dos dados quantitativos foi realizada por meio de estatística descritiva, e dos dados qualitativos por meio da análise da fala dos entrevistados.

#### **4 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Antes mesmo de iniciarmos a apresentar os resultados de tal pesquisa, julgamos fazer-se necessário elucidar o cenário social no qual estão inseridos tais indivíduos. O bairro Teotônio Vilela, do Município de Ilhéus/ BA deve ser entendido como resultante da migração da população rural frente à crise cacauceira, que a região sofreu, o que ocasionou uma ocupação das porções centrais da cidade e conseqüentemente a migração para as regiões periféricas. Tal movimento, constantemente dava-se em através de aterros dos manguezais existentes, feitos inicialmente por invasores e, posteriormente, consolidados pela prefeitura, com a instalação de alguns equipamentos urbanos necessários à formação de um bairro, como é o caso do bairro em foco. Segundo Lemos

(2009) no começo era apenas favela de mangue e depois se tornou um bairro, entretanto, o seu crescimento ainda se dá em detrimento do entulhamento dos manguezais.

Tal cenário é fortemente percebido ao adentramos as ruas de tal bairro, caracterizado por: moradias inadequadas, dificuldade de acesso às mesmas, além de outros determinantes sociais, tais como o analfabetismo e a carência parcial ou total de renda, deixando claro que os sujeitos estão à margem da sociedade e distantes de viverem a cidadania plena.

Para atingir o objeto de estudo, foram entrevistados 25 cuidadores de portadores de transtorno mental, sendo 22 mulheres e apenas 3 homens. Tal parcela grande de mulheres (88%) responsáveis pelo cuidado já era estimada, sendo justificada pelas colocações de Gonçalves e Sena, apud Pegoraro; Caldama(2008), os quais apontam que o cuidado não institucionalizado é uma prática milenarmente assumida por mulheres. Ornelas(2003) ressalta que a reforma psiquiátrica traz em seu bojo um novo protocolo na relação da sociedade com os cidadãos pertencentes a aqueles grupos de segregados:

“enquanto a sociedade não dispõe de equipamentos sociais para a assistência e cuidados dos egressos das instituições ou daqueles que não chegaram a ser encaminhados para elas, grande parte da tarefa de cuidados desses pacientes fica cometida às mulheres, o que abre uma questão não desprezível para a discussão”.

Em relação à faixa etária observada, notou-se que 8 dos entrevistados (32%) tinham entre 20 a 30 anos, 11 (44 %) entre 40-59 e 6 (24%) tinham idade superior a 60 anos, sendo destes, 5 idosos. Tal fato nos faz questionar a posição adotada pelos idosos referidos como cuidadores, já que estes são comumente entendidos como foco de cuidados, o que pode ser facilmente justificado pelas implicações do envelhecimento. Já neste caso, além de ter que lidar com as alterações provocadas pelo envelhecimento, tais indivíduos, tem que levar a sobrecarga acarretada pelo adoecimento mental de seu familiar, bem como os cuidados dispensados para o mesmo.

Quanto ao fato de 24 entrevistados (96%) residirem junto com o portador de transtorno mental, fica claro que os cuidadores são geralmente aqueles que estão mais próximos, e mesmo quando não moravam na mesma casa eram ao menos vizinhos, estando em todos os casos, ligados por um grau de parentesco, sendo por laço de consanguineidade ou cônjuges.

Um outro fato a se considerar foi a presença de três doentes mentais mantidos “enclausurados” (12%), o que revela a inadequação de tal comunidade às tendências terapêuticas mais eficazes que são disponibilizadas ao cuidado em saúde mental.

Além disso, a maioria dos entrevistados (88%) não exercem atividade profissional, sendo 7 aposentados e 15 desempregados. Em relação a esse aspecto, houve unanimidade entre os entrevistados em atribuírem, ao portador de transtorno mental o seu desemprego, justificando a falta de tempo à disponibilidade que é necessária ao portador de transtorno mental e as sobrecargas acarretadas ao cuidador. Algumas falas ilustram esta concepção: “*eu não posso fazer nada, porque ela toma meu tempo todo, tenho medo de deixar ela sozinha e quando voltar ela ter quebrado a casa toda*”, (J.C.S, 34 anos, marido de uma portadora de transtorno mental) . Já outra entrevistada expressou: “*eu tenho que cuidar de meus filhos, porque eles são responsabilidades minhas; isso é a minha vida, me dedico a isso*”. (F.S, JFF, 54 anos, mãe de doentes mentais).

A fim de atendermos à raiz de tal questão, julgamos ser necessário refletirmos acerca das mudanças nas políticas de atenção à saúde mental sofrida pelo nosso país, com o avanço da Reforma Psiquiátrica ocasionando uma transferência do cuidado em saúde mental dos ambientes manicomial aos seios familiares, sendo esse foco importante e facilitador da desinstitucionalização. Segundo Colvero et al(2004), se por um lado, tal movimento dá-se em prol da inclusão social do portador de transtorno mental, por outro, facilita a existência de uma sobrecarga dos cuidadores, os quais passam a ser atores ativos de tal processo sem nem entender suas bases, suas motivações. Sendo importante ainda considerarmos a ineficácia de parcerias efetivas que caracterizem uma rede de cuidados. Assim, a maior percepção dos cuidadores a cerca de tal processo dá-se principalmente em relação ao maior tempo dispensado aos cuidados com o doente mental, em detrimento das suas atividades cotidianas.

Outrossim, o instrumento WHOQOL-bref, desenvolvido pelo grupo de avaliação da qualidade de vida da OMS, foi bem aceito pelos sujeitos, entretanto, considerando o grupo social submetido à pesquisa, tivemos que lidar com alguns entraves, como a dificuldade de alguns para compreender palavras, como: disponíveis, lazer, extremamente e atrativos.

Ao analisarmos os resultados dos domínios da escala de qualidade de vida, podemos observar que todos tiveram a média de seus escores em uma pontuação intermediária (score 31-70), como aponta a tabela 1. Sendo assim, tal resultado

apresentou-se satisfatório, levando em consideração as variáveis que caracterizam esses cuidadores, como uma população de um bairro periférico, de baixa renda, e sob a responsabilidade de cuidar de um indivíduo com transtorno mental. Nesse contexto, tivemos como destaque o resultado do domínio 3 “relações sociais”, sendo o domínio com a maior média (67,4).

Tabela 1. resultados da avaliação da qualidade de vida

---

Domínios do WHOQOL-bref Valores

---

Domínio Físico 67,00 (32,5 a 100,00)

Domínio Psicológico 61,9 ( 20,00 a 95,00)

Domínio Relações Sociais 67,4 ( 17,5 a 100,00)

Domínio Meio Ambiente 57,6 ( 27,5 a 100,00)

---

Legenda: Média

Sendo assim, as posições intermediárias podem estar relacionadas ao fato da população em estudo ter uma boa perspectiva de melhoria das condições de vida, pois estes sujeitos podem ter experimentado em outro momento situações piores que as atuais. Cogitamos ainda uma possível relação com o êxodo rural, que grande parte dessa população sofreu, já que tais indivíduos na zona rural não tinham um acesso à educação e saúde como agora.

Um outro elemento bastante marcante na determinação da qualidade de vida de tais indivíduos foi a religião. A religião é outro fator que pode ter interferido no resultado, pois ela ensina diversas virtudes como: obediência, humildade, autonegação, perdão e conformismo. Sendo o conformismo e a aceitação características bastante perceptíveis nos cuidadores entrevistados, exercendo influência direta na percepção da qualidade de vida dos indivíduos.

Esse resultado vem reforçar o caráter subjetivo da qualidade de vida, a qual poderia diferir em outro grupo, mesmo que este estivesse submetido a situações semelhantes a esse contexto.

Já em relação aos resultados do domínio físico teve-se uma média de 67 em seu score, estando 42% dos entrevistados satisfeitos (score 71-100) com a sua saúde física, enquanto apenas 4% estavam insatisfeitos (score 0-30), demonstrando que a população em estudo considera boa suas condições físicas.

Sendo que neste domínio, 48% dos entrevistados não estavam satisfeitos em relação à dor e desconforto, mas 80% estavam satisfeitos com sua capacidade de se locomover, e apenas 8% estavam insatisfeitos quanto à energia para as atividades do dia a dia, demonstrando que apesar da presença da dor e desconforto, isso pouco impede sua locomoção e sua disposição de enfrentar o dia a dia.

Por outro lado, em relação ao domínio psicológico, a média obtida foi de 61,9, estando 32% satisfeitos (escore 71-100) e 8% insatisfeitos (escore 0-30) em relação a essa faceta. O item que discute a frequência de sentimentos negativos, apresentou-se como o nó crítico desta faceta, já que demonstrou 48% dos entrevistados tendo estes sentimentos muito frequentemente, o que revela a fragilidade psicológica que estes cuidadores apresentam. Tal fato é ainda mais agravado pela ineficácia de uma rede social de suporte que apoie estes cuidadores, seja ela expressa através de profissionais da equipe da Estratégia de Saúde da Família ou até mesmo por qualquer profissional de saúde.

O domínio relações pessoais foi o domínio com maior escore (67,4), estando 41% satisfeitos (escore 0-30) e apenas 7% insatisfeitos (escore 71-100). Além disso, nas questões desta faceta 68% estão satisfeitos tanto com suas relações pessoais, como com o apoio que recebem dos amigos. Tais resultados, contrapõem ao que Koga & Furegato(2002) apontam acerca das sobrecargas que a família passa em decorrência da convivência com o doente mental, classificando-as como financeira, doença física ou emocional e alterações das atividades de lazer e relações sociais, considerando a doença mental como um fator desequilibrador das relações sociais familiares.

Outrossim, a hospitalidade e companheirismo foi uma característica observada na população entrevistada, o que influenciou no resultado deste domínio. Tal perfil, pode ser melhor esclarecido, considerando as afirmações de Rabelo *et al*(1999), o qual diz que no nordeste é observada uma extensa rede de relações entre os sujeitos que vivem próximos, principalmente entre as mulheres, responsáveis por sustentar as ligações de parentesco. Podemos facilmente observar isso no cenário em que os entrevistados estão inseridos, sendo expressos por relações de amizade e ajuda mútua entre os moradores do bairro, conseguindo desenvolver de forma positiva relações sociais e interpessoais.

Já o domínio do meio ambiente teve o pior resultado obtido, tendo um escore com média de 57,6. Apenas 4 estavam insatisfeitos (escore 0-30), no entanto, 76% tiveram um resultado intermediário (escore 31-70).

Entendemos que esse resultado pode estar relacionado à insatisfação atribuído ao ambiente físico, insegurança, insuficiência de recursos financeiros, carência de informações e atividades de lazer, que são elementos presentes no bairro. Mas quanto às questões desta faceta tivemos resultados opostos, pois quanto a recursos financeiros e oportunidades de lazer tivemos insatisfação de 60% e 81% dos entrevistados respectivamente, mas por outro lado, em relação a condições de moradia, serviço de saúde e meio de transporte, tivemos satisfação de 52%, 68% e 84% dos entrevistados. O que evidencia que a insatisfação da população em análise se dá em relação a problemas sociais e não à deficiência de infra-estrutura, transporte e saúde no bairro em questão.

Além disso, no processo de cuidar em saúde mental, observou-se a existência de dificuldades dos cuidadores ao lidar com esta forma de adoecer, o que se dá, entre outros, pela ausência de um grau razoável de conhecimento sobre tal processo. Segundo Cury e Galera, *et al*(2006), o desconhecimento e o precário nível de informação sobre os transtornos mentais facilitam a proliferação de problemas, complicações e conflitos nas relações familiares.

Tal fato existe de forma ainda mais acentuada em relação às medicações usadas pelos portadores de transtornos mentais, o que foi em alguns casos expressos em falas como: *“eu não sei o nome dos remédios, mas eles tomam tudo direitinho”*. (F.S, JFF, 54 anos, mãe de doentes mentais).

Outra necessidade observada pelos entrevistados foi acerca da insegurança quanto ao possível aparecimento de uma crise, bem como a forma como se posicionar diante de tal situação, o que foi entendido como um elemento fomentador de dificuldades no cotidiano familiar.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A avaliação da qualidade de vida de cuidadores de sujeitos em sofrimento psíquico nos forneceu as bases para um pensar em saúde mental que atenda de forma mais eficaz às necessidades ocasionadas pela doença mental ao seu seio familiar.

Nesse sentido, destaca-se a necessidade de melhorias nas condições locais do local onde estão inseridos estes atores sociais, através de políticas que visem um ambiente mais saudável e mais seguro, favorecendo uma melhor qualidade de vida.

Além disso, faz-se necessário a estruturação de uma rede de suporte a essas famílias que sofrem o processo do adoecimento mental, seja através da escuta pelos profissionais da Estratégia de saúde da Família, seja através de grupos terapêuticos, a fim de formar parcerias entre profissionais e familiares, dividindo a sobrecarga ocasionada pelos cuidados dispensados ao portador de transtorno mental, além de facilitar troca de experiências e conhecimento de tais cuidadores acerca da doença e as suas implicações para o doente mental.

Um outro caminho importante apontado por este estudo é a valorização das relações sociais, que apresentaram-se como um fator positivo nesta comunidade e devem ser entendidos como importantes elementos na promoção da qualidade de vida do indivíduo.

Por outro lado, apesar das condições precárias observadas, bem como a afirmação das dificuldades vivenciadas, os entrevistados afirmaram ter uma qualidade de vida satisfatória, o que aponta mais uma vez para a necessidade de se entendê-la como um conceito subjetivo, sendo percebido por cada indivíduo a partir de suas convicções e crenças. Sendo assim, o processo de construção das suas bases deve se dar através da busca em atender às necessidades dos indivíduos, a fim de minimizar o sofrimento ocasionado pelo adoecimento mental e favorecer ao desenvolvimento de mecanismos de superação frente às dificuldades estabelecidas.

Esperamos ainda que tais colocações incentivem outras pesquisas relacionadas aos questionamentos abordados, subsidiando novas intervenções que contemplem o portador de transtorno mental, bem como seus cuidadores, possibilitando um atendimento eficaz às demandas ocasionadas, o que certamente resultará em uma melhor qualidade de vida.

## 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barreto, A. Os Desencantados. Família Famílias. **Jornal O Povo**, 1995; Universidade Aberta:2 (Fascículo 7).

Barroso, A.G. **Transtornos Mentais**: O significado para os familiares. *Revista Brasileira em promoção da saúde*, Fortaleza, 17(3):99-108.

Colvero *et al.* **Família e doença mental**: a difícil convivência com a diferença. *Rev Esc Enfermagem, USP, São Paulo* 2004; 38 (2):197-205.

Cury *et al.* **O PSF como ideal para atenção às famílias de doentes mentais.** *Família, Saúde e Desenvolvimento.* Curitiba 2006; 8 (3): 273-278.

Gonçalves AM; Sena RR. **A reforma psiquiátrica no Brasil:** contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Rev Latino-am Enfermagem.* São Paulo 2001; 9 (2): 48-55.

Koga M. R; Furegato, A. **Convivência com pessoa esquizofrênica:** sobrecarga familiar. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde.* Paraná 2002; 1(1): 69-73.

Lemos, R M. **Manguezais de Ilhéus: O destino é virar bairro.** Disponível em <http://www.portaldomeioambiente.org.br>. Acesso em 17 de Junho de 2009.

Minayo, M C. *et al.* **Qualidade de vida e saúde:** um debate necessário. *Rev. Ciênc. saúde coletiva.* Rio de Janeiro 2000; 5 (1): 7-18.

Monteiro, A.R.M.; Barroso, M.G.T. **A família e o doente mental usuário do Hospital-dia-** Estudo de caso. *Rev. latino-am. enfermagem - Ribeirão Preto* 2000 ; 8 (6): 20-26.

Nahas, M.V. **Atividade Física e saúde.** Conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 3. ed. Londrina: Midiograf, 2001

Ornellas, M. A; Pereira, A. **Transtorno mental:** dificuldades enfrentadas pela família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* São Paulo 2003; 37 (4): 92-100.

Pegoraro, F. R; Caldana, R. H. **Mulheres, loucura e cuidado:** a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. *Revista Saúde e Sociedade.* São Paulo 2008; 17 (2): 82-94.

Pitta, A. M. F. **Qualidade de vida de clientes de serviços de saúde mental:** apresentação de um instrumento de avaliação Wisconsin - Quality of Life Index - W-QLI. Disponível em: < <http://www.hcnet.usp.br>>. Acesso em: 19 mai. 2009.

Rabelo, M. C; Alves, P. C; Souza.I. M **Experiência de Doença e Narrativa.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999

Ribeiro, C. **Família, Saúde e Doença O que diz a investigação** *Rev Port Clin Geral* 2007; 2 (3): 299-306 .

Souza, L. A. **Avaliação da qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia vivendo na comunidade.** 2005. 135 f. Rio de Janeiro; Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca para obtenção do grau de Mestre.