

UNIVERSIDADE TIRADENTES

CURSO DE PSICOLOGIA

JOSÉ ÁLVARO OLIVEIRA SOUSA

**A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR NA ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL DOS USUÁRIOS DO CAPS LUZ DO SOL EM NOSSA SENHORA
DA GLÓRIA/SE.**

ARACAJU

2019

JOSÉ ÁLVARO OLIVEIRA SOUSA

**A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR NA ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL DOS USUÁRIOS DO CAPS LUZ DO SOL EM NOSSA SENHORA
DA GLÓRIA/SE.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade Tiradentes como parte dos requisitos
necessários à obtenção do Título de Bacharel em
Psicologia.

Orientadora: Prof^a Ms. Tais Fernandina Queiroz.

ARACAJU

2019

JOSÉ ÁLVARO OLIVEIRA SOUSA

**A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR NA ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL DOS USUÁRIOS DO CAPS LUZ DO SOL EM NOSSA SENHORA
DA GLÓRIA/SE.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade Tiradentes como parte dos requisitos
necessários à obtenção do Título de Bacharel em
Psicologia.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Profª Ms. Tais Fernandina Queiroz

Universidade Tiradentes- UNIT- Orientadora

Profª Drª Maria do Socorro Sales Mariano

Universidade Tiradentes-UNIT- Examinadora

Profª Ms. Nara Fabiana Mariano

Examinadora

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço ao Pai das Luzes, aquele que me viu substância ainda informe, soprou fôlego em minhas narinas e sob a graça dEle me trouxe até aqui!

Aos meus pais por todo apoio e incentivo. Carlos Roberto e Leidivania, o mérito desse trabalho também é de vocês! Amo vocês!

A minha irmã Carla Monielle, minha metade que sempre torceu e acreditou em mim! Te amo!

A minha amada avó Auxiliadora, com quem eu iniciei o caminho do saber. Como diz a mesma seu neto está cada vez mais próximo de ser “médico da alma”!

As minhas grandes amigas Renata e Murielle por todo apoio, intercessão e torcida!

Flávia Mota e Jucy, a vocês também vai o meu fraterno agradecimento!

A minha parceira de luta e de amor pelo CAPS, Dayane Ortência, essa pesquisa também é sua!

A minha maravilhosa Orientadora: Ms^a Tais Fernandina, aquela que me apresentou o amor pela Saúde Mental. Sua jornada, seu exemplo de luta e resistência me incentivam, meu muito obrigado, sem você esse trabalho não teria acontecido!

A toda equipe técnica do CAPS Luz do Sol em especial a psicóloga Tatiane Vieira e a Assistente Social Gicélia Andrade, por todo apoio durante a pesquisa. E cada familiar que de forma voluntária se propôs a participar na construção da mesma!

A todos os mestres que durante todos esses anos fizeram com que eu me apaixonasse ainda mais pela Psicologia e acreditasse nela como promotora de mudança social.

Por fim, a Profª Drª Maria do Socorro por junto com a Profª Tais terem me apresentado a Psicologia Social, graças a vocês eu me encantei pelo campo e a Profª Ms. Nara Fabiana por junto com Socorro terem generosamente aceitado fazer parte da banca examinadora, contribuindo, assim, com a conclusão deste trabalho e concretização desse sonho.

“O que melhora o atendimento é o contato afetivo de uma pessoa com outra. O que cura é a alegria, o que cura é a falta de preconceito.”

Nise da Silveira

RESUMO

A família ao longo do tempo passou por vários momentos no que se refere ao cuidado em saúde mental dos seus entes em sofrimento psíquico. Enfrentou culpa, medo, afastamento, segregação e até mesmo presenciou tratamentos desumanos e torturadores. Graças ao movimento reformista foi entendido que o maior meio de tratamento para o sofrimento psíquico é o afeto, humanização, liberdade e amor e somente por meio da família que esses aspectos são melhores transmitidos e assegurados, no entanto, diante de mudanças atuais faz-se necessário uma maior luta no que tange a humanização do tratamento em saúde mental, pois algumas alterações de retrocesso estão sendo tramitadas, por isso é de suma importância que as ciências sócias, da saúde e humanas se engajem na pesquisa, defesa e luta pela garantia de tudo aquilo que já foi conquistado em Conferência de Saúde graças à luta do movimento reformista. Esta pesquisa tem como objetivo apresentar de forma qualitativa as contribuições do acompanhamento familiar no tratamento do sujeito em sofrimento psíquico, seus medos, seus conflitos, sofrimentos, inserção no Centro de Atenção Psicossocial. Conclui-se que a participação familiar é de suma importância no que diz respeito a assertividade do tratamento, prevenção e manutenção da crise e acima de tudo na luta pela ressocialização, autonomia e liberdade do usuário.

Palavras-chave: Família; CAPS; Cuidado.

SUMMARY

The family over time has gone through several moments regarding the mental health care of their loved ones in psychic suffering. He faced guilt, fear, estrangement, segregation and even witnessed inhuman and torturing treatments. Thanks to the reformist movement it was understood that the greatest means of treatment for psychic suffering is affection, humanization, freedom and love, and only through the family that these aspects are better transmitted and assured, nevertheless, in the face of current changes, It is necessary to fight more about the humanization of mental health treatment, because some retrogressive changes are being made, so it is of the utmost importance that the social, health and human sciences engage in research, advocacy and all that has already been conquered in Health Conference thanks to the struggle of the reform movement. This research aims to present qualitatively the contributions of family counseling in the treatment of the subject in psychic suffering, their fears, their conflicts, sufferings, insertion in the Center of Psychosocial Attention. It is concluded that family participation is extremely important with regard to assertiveness of treatment, prevention and maintenance of the crisis and above all in the struggle for resocialization, autonomy and freedom of the user.

Keywords: Family; CAPS; Caution.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	12
2.1 Uma breve história da loucura	12
2.2 O movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira	13
2.3 Centro de atenção psicossocial (CAPS).....	15
2.4 Família e atenção psicossocial.....	18
3. METODOLOGIA:.....	21
3.1 Desenho do estudo	21
3.2 Caracterização do local do local do estudo e dos sujeitos da pesquisa	21
3.2.1Caracterização do local do estudo	21
3.2.2 Caracterização dos sujeitos da pesquisa	23
3.3 Procedimento de coleta de dados	24
3.4 Procedimentos de análise de dados e interpretação de resultados.....	25
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	26
4.1 O papel da família no tratamento do sujeito em sofrimento psíquico.....	26
4.2 Consequências do transtorno no contexto familiar.....	28
4.3 Entendimento da família acerca do transtorno	29
4.4 O Enfrentamento do preconceito	30
4.5 Participação da família no serviço	31
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS.....	35
ANEXO A – TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	39
ANEXO B – ENTREVISTA	41
ANEXO C – FOLHA DE ROSTO PLATAFORMA BRASIL.....	42

1. INTRODUÇÃO

A atenção psicossocial a fim de garantir um cuidado efetivo necessita da participação ativa dos familiares nesse processo, portanto a presente pesquisa tem como finalidade analisar a importância do acompanhamento familiar no projeto terapêutico do paciente com sofrimento mental, levando em conta que a compreensão por parte da família acerca do adoecimento, constitui-se como um elemento de suporte fundamental para o enfrentamento do medo, do preconceito e demais situações que estão comumente associadas à questão do transtorno.

Sendo assim, é relevante que a família auxilie o indivíduo nas suas vivências, já que é nela que eles vivem suas primeiras experiências de relacionamento.

Para Silveira e Braga (2005), por mais que pareça estranho aos olhos de hoje, pode-se afirmar que a experiência com a loucura nem sempre foi considerada algo negativo, muito menos uma doença. Pelo contrário, na Grécia antiga ela já foi considerada até mesmo um privilégio. Filósofos como Sócrates e Platão ressaltaram a existência de uma forma de loucura tida como divina e, inclusive, utilizavam a mesma palavra (manikê) para designar tanto o “divinatório” como o “delirante”. Era através do delírio que alguns privilegiados podiam ter acesso a verdades divinas. Isso não quer dizer que essas pessoas fossem consideradas normais ou iguais, mas que eram portadoras de uma desrazão, a qual, apesar de habitar a vizinhança do homem e do seu discurso, precisava ser mantida numa distância, separando o sagrado das experiências terrenas.

Os autores citados afirmam que a loucura vai se afastando do seu papel de portadora da verdade e vai se encaminhando em uma direção completamente oposta. Na obra intitulada História da Loucura, pode-se perceber como esse corte entre misticismo e razão pode ser percebido em vários âmbitos da experiência humana. Um dos exemplos abordados na obra é a descrição de como se deu esse rompimento no espaço das artes, através da crescente dissociação entre imagem e escrita, observada nesse período. É o século XVIII que vem, definitivamente, marcar a apreensão do fenômeno da loucura como objeto do saber médico, caracterizando-o como doença mental e, portanto, passível de cura.

No século XX manifestações de críticos passaram a questionar o tratamento destinado aos doentes mentais e o sistema manicomial. As maiores críticas aconteceram diante do poder médico e de suas práticas de exclusão do sujeito. Vasconcelos (2002, p. 49-50) diz que era necessário "uma revisão dos paradigmas, que reduziram e aprisionaram a loucura como objeto de um saber exclusivamente médico e a superação das formas assistenciais segregadoras, dentro do sistema público de saúde, que desrespeitam a cidadania do louco". Dessa forma, surgiram movimentos a favor da reforma psiquiátrica, que queriam novas formas de tratamento à doença mental, inserindo os doentes na sociedade. A partir desses movimentos, novos discursos e novas práticas passaram a sustentar a relação da loucura com a sociedade.

A atenção psicossocial por meio de métodos acolhedores e ressocializadores busca tratar o sujeito com sofrimento mental de maneira integral e humanizada, diante disso é de extrema importância que o serviço conheça a comunidade na qual esse sujeito está inserido e principalmente que busque meios de colocar a família como colaboradora no processo de gestão do tratamento. Sendo assim, a participação ativa da família no cuidado do usuário requer uma atenção maior, visando a oferta de cuidado para a mesma, uma vez que o adoecimento causa inicialmente uma desestruturação da família, e o serviço precisa estar atento e pronto para dar o suporte necessário para a família na busca por habilidades na participação do tratamento (JORGE; CARVALHO; SILVA, 2014).

A nova lógica de atenção à saúde mental requer compreender o sujeito como um todo, como um ser que sofre, que enfrenta momentos desestabilizadores, como separação, luto, perda de emprego, carência afetiva, entre outros problemas cotidianos que podem levá-lo a procurar ajuda. Dessa forma, este modelo deve prestar uma atenção à saúde voltada à integração social do sujeito, procurando mantê-lo em seu contexto familiar e comunitário. Assim, família e comunidade servem como suporte fundamental para que o sujeito crie vínculos, produzindo novos modos de viver em sociedade revertendo o modelo manicomial.

A pesquisa busca compreender como a família se implica no modelo psicossocial de cuidado, a importância de sua participação no tratamento do ente com transtorno mental e o que essa participação significa tanto para o familiar quanto a sociedade.

Durante muito tempo a família foi excluída do tratamento das pessoas com transtorno mental. No entanto, diante de análises, estudos e pesquisas fica evidente

que a participação efetiva da família contribui para que haja equilíbrio emocional, prevenção de crise, diagnóstico, prognóstico e manutenção do tratamento. Ajudando a equipe nas intervenções terapêuticas, visando contribuir com um cuidado pautado na liberdade, preconizado pelo Movimento Reformista.

Desta forma, essa pesquisa assume importância na medida em que busca ampliar a discussão acerca da contribuição da família para a construção das relações socioafetivas, e seu papel no tratamento das pessoas com transtorno mental, potencializando o cuidado psicossocial e a compreensão desse modelo para a sociedade em geral.

A presente investigação tem como objetivo geral: Investigar a relevância do suporte familiar no tratamento das pessoas com transtorno mental. Tem ainda, os seguintes objetivos específicos: Verificar como acontece a inserção da família no processo de tratamento de um indivíduo com transtorno mental; Investigar a concepção da família acerca dos transtornos mentais. Analisar as estratégias da família no enfrentamento do preconceito relacionado ao transtorno mental e Identificar as consequências do transtorno mental no contexto familiar.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Uma breve história da loucura

A definição da “loucura” agrega inúmeros estigmas e significados ao longo da história, sendo os mesmos carregados de fatores sociais, culturais, subjetivos, individuais e coletivos que envolve de maneira direta as histórias de vida. Todos esses estigmas e incertezas estão diretamente atrelados a carga de desconhecimento em torno da mesma. Por mais que vários especialistas já tenham apresentado suas explicações, suas comprovações científicas e teses, não há um conceito capaz de abranger por completo toda a complexidade dos transtornos mentais principalmente em função o das diversas formas como aos mesmos se manifestam.

Diante de todos os aspectos que a envolvem considera-se importante adotar um olhar diferenciado para a compreensão da loucura, sendo a mesma um objeto multiforme que se apresenta em diversos contextos, e possui uma forte conotação

sociocultural. Existe todo um contexto em torno da compreensão da loucura e isso afeta diretamente o lugar social onde esse sujeito dito “louco” é colocado (PACHECO, 2009).

Na idade média o louco e sua família eram segregados e viviam as margens da sociedade. Este sujeito, era visto como um risco para a sociedade, onde afetava diretamente o bom andamento do convívio social. Qualquer ser humano que não se encaixasse nos padrões de “normalidade” instituídos pela sociedade daquela época estaria condenado ao exílio e segregação, sendo visto como a escoria da sociedade (FOUCAULT, 1972).

Durante o século XV surgiram os primeiros hospícios, os mesmos serviam como ‘hospedaria’ onde os loucos eram amontoados em porões sendo submetidos a tratamentos totalmente desumanos, precários e torturantes. Os loucos, prostitutas, ladrões, leprosos, homossexuais ou qualquer pessoa que destoasse do ‘padrão’ socialmente estabelecido naquela época, que representasse ameaça a ordem social da época era enclausurado nas Santas Casas de Misericórdia e hospitais gerais. Todos eles recebiam o mesmo tipo de tratamento. Quando os enclausurados apresentavam suas agitações e perturbações eram contidos em troncos e diversos outros tipos de castigos autodestrutivos muitas das vezes até a morte (COSTA; TUNDIS, 1994).

O poder psiquiátrico era exercido como forma de controlar os comportamentos da sociedade, seguindo sempre um padrão de ‘normalidade’ e tudo que destoava dele precisava ser adequado e enquadrado (FOUCAULT, 1972).

2.2 O movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira

A contextualização histórica acerca da loucura evidencia que a mesma sempre teve um conceito controverso e permeado de tabus em uma sociedade preconceituosa e que dita padrões. Estes geram como consequências um processo de exclusão dos sujeitos que apresentavam comportamentos divergentes da “normalidade”. Nesse contexto surge os hospitais psiquiátricos no intuito de tirar o sujeito louco do convívio social a fim de garantir uma tranquilidade e normalidade para a sociedade. Diante disso há uma superlotação nesses hospitais, tornando-se instituições de doentes, loucos e sãos, uma vez que os mesmos eram usados como um depósito de perturbadores e marginalizados, ou seja, todos aqueles que eram

desprezados, excluídos e de alguma forma fugia dos padrões impostos pela sociedade eram colocados nessas instituições desumanas, precárias, amedrontadoras, repressoras e pautadas em tratamentos agressivos e insanos (AMARANTE, 2007).

Diante do tratamento desumano, o Psiquiatra Italiano Franco Basaglia inicia duras críticas aos modelos de tratamento psiquiátricos vigentes na época, sugerindo uma proposta de tratamento baseado na desinstitucionalização, sendo iniciado na Itália, esse movimento se expande por todo o mundo e muito particularmente no Brasil. Tendo por base a defesa dos direitos humanos, a busca pela cidadania e principalmente respeito a subjetividade desses pacientes que outrora estava sendo apagada e sufocada diante de um tratamento destruidor de suas expressões individuais e subjetivas surge a Luta antimanicomial. No final da década de 70, baseada na reforma sanitária e incentivada por profissionais da saúde e representantes de diversos segmentos sociais, surge a reforma psiquiátrica no Brasil, que tem como paradigma a defesa por uma saúde mental digna, humanizada, de qualidade e principalmente ancorada no respeito a cidadania, subjetividade e cuidado do paciente psiquiátrico (MELMAN, 2008).

Foi por meio da tradição basagliana que se instaurou uma das principais vertentes da reforma psiquiátrica brasileira que é a desinstitucionalização, visando a busca por resgate dos direitos das pessoas com transtorno mentais, humanizando o cuidado e atendimento colocando a atenção no sujeito, na sua integralidade, buscando diminuir o seu sofrimento e não focando na patologia (BARROSO, 2011)

A reforma psiquiátrica, foi legitimada, através da LEI Nº 10.216, de 6 de abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, tendo como paradigma a desinstitucionalização do cuidado e abrindo espaço para um tratamento digno, humanizado e ressocializador.

O linde que foi estabelecido como marco fundador da reforma psiquiátrica brasileira foi a criação do MTSM (Movimento Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental), ocorrida em 1978, sendo constituído por familiares, trabalhadores do movimento de reforma sanitária, sindicalistas, profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas (AMARANTE, 2001). Amarante e Cruz (2015) consideram a importância da criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental no cenário da redemocratização, na medida em que possibilitou um grande

avanço na Saúde Mental. Tais avanços, no tocante a saúde mental, encontram-se no seio das denúncias de maus tratos, aos quais os pacientes internados eram submetidos nos hospitais psiquiátricos, e, por consequência, na luta por tratamentos mais digno e distante do modelo manicomial que perpetuava a exclusão e a violência.

Durante muitos anos o Brasil foi palco de maus tratos, violência, discriminação para aqueles portadores de transtorno ou sofrimento psíquico, a essas pessoas só restava a exclusão social, perdendo assim, sua identidade e sua dignidade. Mas com o Movimento de Reforma Psiquiátrica na década de 70, algumas propostas de assistência em saúde mental criticavam o modelo asilar, e o sujeito passou a ser visto como um ser biopsicossocial, levando em conta sua subjetividade, promovendo sua autonomia e sua reinserção na família e na sociedade (AMARANTE, 2007).

Os princípios e diretrizes do SUS e o aquecimento do movimento da reforma sanitária Brasileira, refletiram diretamente na luta antimanicomial, problematizando a necessidade de lutar contra a violência asilar e para se opor ao modelo hospitalocêntrico. A reforma psiquiátrica é entendida como um processo social e político que inclui pacientes, familiares, profissionais, redes de atenção à saúde, preconizando a construção de um modelo de cuidado substitutivo, de base comunitária e de responsabilidades das três esferas do governo: municipal, estadual e federal (BRASIL, 2005).

2.3 Centro de atenção psicossocial (CAPS)

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgiram como resultado do movimento reformista a fim de promover um cuidado com a saúde mental envolvendo a equipe técnica, o usuário, a família, a comunidade e a rede de atenção básica. Surgiram como proposta de modelo substitutivo ao manicomial, tendo como inspiração as experiências que ocorreram fora do Brasil como alguns princípios das comunidades terapêuticas, Psiquiatria de setor e Psiquiatria democrática italiana (RIBEIRO, 2004).

Tais serviços têm como finalidade atender a comunidade, cidade ou região na qual está inserido, com as seguintes ofertas: fortalecimento dos laços familiares e

comunitários; acompanhamento clínico; reinserção Social; acesso ao trabalho e lazer; autonomia para exercícios dos direitos civis; Soma-se a estes fatores a tarefa de substituir as internações psiquiátricas por meio de um tratamento social, cultural, expressivo e subjetivo. Esses atendimentos se dão por demanda espontânea, quando o usuário busca o serviço ou por encaminhamento de qualquer instituição (CFP, 2013).

Neste contexto Os CAPS assumem um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados, proporcionando direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental, através das seguintes atividades desenvolvimento de projetos terapêuticos e comunitários, dispensação de medicamentos, encaminhamento e acompanhamento dos usuários que moram em residências terapêuticas, assessoramento para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar. Esses continuam sendo os direcionamentos atuais da Política de Saúde Mental para os CAPS, na busca da promoção de saúde e cidadania das pessoas com sofrimento psíquico (CFP, 2013).

O primeiro CAPS do Brasil foi inaugurado em 1986 na cidade de São Paulo conhecido como CAPS da Rua Itapeva por nome de: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cergueira(BRASIL, 2004).

A Lei 10.216/01 implementou a Reforma Psiquiátrica no Brasil, onde dispõe sobre a proteção e garantia de direitos básicos a pessoas em sofrimento psíquico , através de uma política publica em saúde mental. Esta política busca acabar com o modelo desumano e degradante, baseado na internação asilar em manicômios do sujeito diagnosticado com transtorno mental, a mesma busca garantir a efetividade dos direitos humanos no contexto da saúde mental, apoio aos CAPS e principalmente um cuidado baseado na liberdade (BRASIL,2005).

Frente a todas essas mudanças surge uma nova forma de cuidado e tratamento colocando a Saúde Mental como uma área ou campo de conhecimento e atuação que interliga o cuidado, humanização e ressocialização no âmbito das políticas públicas de saúde. Sendo um campo plural, intersetorial, interdisciplinar e com uma vasta transversalidade de saberes não se reduzindo a psicopatologia.Todavia, esse campo interliga conhecimentos da antropologia, sociologia, psiquiatria, filosofia, psicologia, psicanálise, fisiologia, pedagogia, artes, história e até mesmo geografia. A referência à saúde mental, requer um entendimento sobre a formação social dos sujeitos, uma vez que estes constituem a

sociedade e são dialeticamente constituídos por ela..Assim, faz-se necessário compreender aspectos culturais, políticos, sociais, econômicos e principalmente religiosos em torno de cada comunidade a fim entender e trabalhar de maneira participativa na saúde mental. (AMARANTE, 2007)

A Organização Mundial da Saúde 1948 considera que saúde é o “estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Frente a esta definição entende-se que a saúde não se resume a ausência de doença, mas que envolve esses três fatores básicos, remetendo ao modelo Biopsicosocioespiritual. Dessa forma, o olhar ampliado sobre a Saúde mental deve respeitar tais elementos, não dissociando essas estruturas, mas valorizando cada uma em suas particularidades e subjetividades no tocante a promoção do bem-estar. Sendo os CAPS a base para a efetivação dessa forma de cuidado.

No ano de 2002 a concepção de CAPS é ampliada, sendo acrescida a Portaria GM 336 onde estabelece diversos tipos de CAPS, tais como: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad (PACHECO, 2009).

De acordo com as informações do Conselho Federal de Psicologia por meio da Referência Técnica para atuação de Psicólogas (os) no CAPS- Centro de Atenção Psicossocial. Os CAPS são caracterizados e divididos de tal forma:

Tabela 01: caracterização dos diferentes tipos de CAPS

CAPS I	Serviço de atenção à saúde mental em municípios com população de 20 mil até 70 mil habitantes. Oferece atendimento diário de 2ª a 6ª feira em pelo menos um período/dia.
CAPS II	Serviço de atenção à saúde mental em municípios com população de 70 mil a 200 mil habitantes. Oferece atendimento diário de 2ª a 6ª feira em dois períodos/dia.
CAPS III	Serviço de atenção à saúde mental em municípios com população acima de 200 mil habitantes. Oferece atendimento em período integral/24h.

CAPS ad	Serviço especializado para usuários de álcool e outras drogas em municípios de 70 mil a 200 mil habitantes.
CAPS ad III	Serviço especializado para usuários de álcool e outras drogas em municípios com população acima de 200 mil

Fonte: elaborada pelo autor com base nas informações do (CFP, 2013).

Os CAPSi são serviços destinados aos cuidados psicossociais de crianças e adolescentes, funcionando de acordo com os critérios populacionais (PACHECO, 2009).

Os serviços descritos acima configuram uma rede substitutiva de cuidado em saúde mental, que objetivam o respeito a subjetividade, possibilitando acolhimento e valorização das potencialidades dos sujeitos, ouvindo de forma atenta suas angústias e sofrimentos psíquicos em torno da crise, da vida e das habilidades sociais. Fazendo-se necessário uma equipe interdisciplinar, além de ações que se extrapolem as paredes do serviço, buscando a participação da família e sociedade, ampliando recursos a fim, de desinstitucionalizar o indivíduo e o levar a independência e autonomia (AMARANTE, 2007).

2.4 Família e atenção psicossocial

De acordo com o dicionário Aurélio (2008, p. 396), “família é um conjunto de pessoas aparentadas que vivem em geral ligadas por laços de parentesco, e vivem sob o mesmo teto, particularmente o pai, a mãe e os filhos”. Constitui-se como uma instituição social na qual assume papéis diversos, ultrapassando a criação de filhos, sendo, portanto mediadora entre o indivíduo e a sociedade, orientando comportamentos, amparados por valores éticos, morais e normas sociais (BARRETO, 2012).

Na família cada membro possui obrigações e direitos específicos. Dentro desta existe uma intenção íntima e contínua, ligada por laços afetivos, disputas e interesses comuns, no entanto, no contexto familiar deve existir afeto, harmonia, proteção e apoio (OHARA; CONCONE, 2014).

A instituição familiar se apresenta como a primeira dos sistemas socializadores que o indivíduo se depara, é por meio dela que temos as primeiras noções de regras e principalmente de proteção, uma vez que, os vínculos familiares assim como o afeto que recebemos na infância são de grande relevância na construção e formação do indivíduo enquanto ser social, moral e ético. Nela o sujeito se depara com as primeiras relações socioafetivas e assim desenvolve as suas primeiras aprendizagens e habilidades. No caso dos familiares de pessoas com transtorno mental, observou-se que ao longo do tempo, construiu-se um processo de exclusão, que teve como conseqüência o distanciamento do tratamento e dos serviços de Saúde Mental (ROSA, 2003).

Em torno da família com um ente em transtorno mental existe uma sobrecarga emocional, familiar e econômica muito intensa. Ante essa sobrecarga surgem alguns problemas financeiros, conflitos entre os familiares, sofrimento psíquico e dificuldades no processo de cuidado (CARDOSO, 2011).

A Reforma Psiquiátrica atribui à família um papel muito importante no que tange a saúde mental, uma vez que a partir de então passou a se entender o quanto importante é a participação dos membros da família no tratamento do paciente psiquiátrico. Diante disso os Centros de Atenção Psicossocial busca por estratégias para inserir os familiares no serviço, estreitando os laços e assumindo uma relação de interação entre o serviço e a família dos usuários com intuito de promover um cuidado humanizado, assertivo e ressocializador.

Portanto, os CAPS abrem as portas do serviço para a família, assim como para a sociedade com a finalidade de assegurar e garantir tudo aquilo que o mesmo tem como proposta, promovendo o tripé básico do tratamento: serviço, família e comunidade, que se unem com a finalidade de contribuir no tratamento e ressocialização dos usuários, Diante disso o serviço oferece apoio necessário para esses familiares, uma vez que cada família possui características únicas, como também problemas emergentes. No entanto também se coloca como suporte e apoio do serviço para garantir um tratamento colaborativo e assertivo. Sabe-se que a família tem uma importância sobre o psiquismo dos sujeitos (ROSA, 2003).

Segundo Alcântara e Gomes (2011), após mudanças no saber jurídico, psiquiátrico, na medicina e nas ciências psicológicas e sociais, a família que outrora era excluída da participação no tratamento do seu ente em sofrimento psíquico

agora passa a fazer parte desse processo de tratamento, mas que a relação familiar ainda é vista como uma relação que induz o adoecimento.

Silva e Monteiro (2011) apontam que a família deve ser entendida como uma unidade de cuidado, ou seja, cuidadora nas situações de saúde e de doença dos seus membros, competindo aos profissionais de saúde apoiá-la e fortalecê-la quando esta se encontrar fragilizada. Assim, a abordagem em saúde mental não se restringe apenas à medicação e eventuais internações, mas também a ações e procedimentos que visem a uma reintegração familiar e social.

É de suma importância a participação da família no processo de cuidado mental, sendo a mesma uma unidade de atenção de políticas públicas fazendo-se necessário a integração da família com o serviço. Nesse sentido vale ressaltar a magnitude de se colocar a família como parte desse tratamento, sendo parceira e também como sistema a ser cuidado (SERAPIONI, 2005).

Para Jorge, Carvalho e Silva (2014), mesmo a convivência com um sujeito com transtorno mental sendo uma tarefa desafiadora e difícil, onde provoca na família o sentimento de solidão se faz necessário o inserimento da mesma nesse processo terapêutico.

Diante de todas as mudanças que a saúde mental passou e tem passado mais do que nunca entende-se que a família é parte indispensável nesse processo de tratamento, e a equipe precisa inserir essa família dentro do serviço de cuidado à saúde mental, afim, de entender o que a existência de um portador de transtorno mental representa para família (PEREIRA, 2002).

A participação da família no processo terapêutico contribui de forma significativa no tratamento e conseqüente melhora. O usuário sente-se valorizado, respeitado, importante e confiante ante ao tratamento, quando sente a efetividade da participação familiar. A família é a base para uma boa estrutura emocional do usuário, tanto na prevenção da crise, quanto na manutenção e recuperação (ROCHA, 2002).

Segundo Alcântara e Gomes (2011), após o diagnóstico de transtorno mental existe no meio familiar um desgaste mental, emocional e físico, com os quais a família convive, passando a se adaptar e se reorganizar constantemente. Para que isso aconteça é necessário o fortalecimento dos vínculos afetivo, entender e

enfrentar o quadro do sujeito adoecido. A família, portanto, também carece de atenção e cuidado.

O tratamento em saúde mental precisa de apoio no que tange ao andamento do mesmo, sua eficácia e adesão por parte do usuário. A família, portanto, quando inserida no processo de cuidado é uma importante mediadora no que tange a adesão ao tratamento e continuidade das ações exteriores, resultando na efetivação do processo de ressocialização. Quanto maior for a estruturação familiar e a resiliência psicológica em seu ceio todo o seu núcleo terá uma maior qualidade de vida (ALCÂNTARA; GOMES, 2011).

3. METODOLOGIA:

3.1 Desenho do estudo

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, método este que permite ao pesquisador um maior conhecimento acerca do que está sendo estudado. Possibilitando adentrar em aspectos da realidade social, familiar, emocional e subjetivo dos indivíduos favorecendo a compreensão da dinâmica social, suas relações e o aprofundamento no universo de significados, crenças e valores em torno dos objetivos da pesquisa (MINAYO, 2001).

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturada, direcionada aos familiares dos usuários do CAPS Luz do Sol, a fim de compreender como ocorre a inserção da família no tratamento de pessoas com transtorno mental e a relevância do suporte familiar.

3.2 Caracterização do local do local do estudo e dos sujeitos da pesquisa

3.2.1 Caracterização do local do estudo

A cidade de Nossa Senhora da Glória localiza-se no alto sertão do estado de Sergipe com uma população estimada de 32.497 habitantes. (IBGE, 2010). A rede de atenção psicossocial do município de Nossa Senhora da Glória/SE conta com um Centro de Atenção Psicossocial CAPS "Luz do Sol" e uma residência terapêutica, RT Albertina Brasil.

O Projeto Luz do Sol como a priori era conhecido foi criado em 1996, encabeçado pelo Médico Psiquiatra Drº. Messias Cordeiro um grande militante da

luta antiemanicomial, com a finalidade de atender pessoas com transtornos mentais e deficiência física a fim de promover as suas potencialidades, consolidando sua cidadania e dignidade, promovendo ações que estimulassem as atividades culturais e artísticas visando sempre a inserção dos participantes do projeto na sociedade, apresentando as atividades, as manifestações culturais e artísticas para a comunidade.

A procura e adesão por parte da comunidade foi muito grande e o Luz do Sol que outrora era chamado de Projeto passa a ser chamado de Associação Luz do Sol, passando a abranger outras áreas tais como: Psicologia, enfermagem, assistência social e pedagógica, promovendo sempre atividades artísticas tendo o artesanato como atividade terapêutica e principalmente como uma forma de ensinar algo para usuários que ajudassem a adquirir uma renda.

Em 2002, após a publicação da Lei 10.216/01, que legitima a Reforma psiquiátrica no Brasil a referida Associação passa a ser chamada de CAPS Luz do Sol, sendo o primeiro serviço de saúde mental do estado a ser implantado com as diretrizes do modelo substitutivo, garantindo-lhe o pioneirismo na Luta Antimanicomial no Estado.

Hoje o Centro de Atenção Psicossocial Luz do Sol atende toda região do alto e uma boa parte do médio sertão, sendo referência em toda área.. Atende crianças, adolescentes e adultos com comprometimentos mentais e físicos de toda região, tendo como finalidade desenvolver todas as potencialidades dos seus usuários e estimular as suas habilidades. Além dos atendimentos psicológico e social, fornecimento de medicamentos, suporte alimentar, oferece também atividades terapêuticas, recreativas e esportivas, corte-costura e bordado, artesanato, artes plásticas, teatro, música e dança, levando-os a construir seu processo de dignidade e cidadania. Com isso possibilita aos usuários uma maior integração em níveis crescentes de socialização, além de desenvolver o seu potencial, treinar habilidades de trabalhos, tendo como lema: “Em busca da Cidadania”

O Centro de Atenção Psicossocial possui um quadro de 15 funcionários, sendo 1 Psicóloga, 1 Assistente Social, 1 Enfermeira, 1 Orientador Físico, 2 oficinairos(música e artesanato), 2 Auxiliares de Serviços Gerais, 1 Motorista, 1 Recepcionista, 1 Coordenadora, 1 Auxiliar Administrativa, 1 Médico Psiquiatra e 1

Jovem Aprendiz. No seu espaço físico possui 1 sala de Coordenação, 1 sala da Assistente Social, 1 sala da Psicóloga, 1 sala de Enfermagem, 1 leito, auditório, cozinha e copa, recepção, 2 salas de oficina(música e artesanato), espaço externo, 5 banheiros, almoxarifado e 1 sala extra.

Atualmente o CAPS Luz do Sol é mantido exclusivamente por verbas do SUS, com apoio da Prefeitura Municipal de Nossa Senhora da Glória- SE, Secretária de Estado da Saúde e algumas doações.

3.2.2 Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Foram entrevistados no total 10 familiares (tabela 1) de usuários do CAPS Luz do Sol, 9 do sexo feminino e 1 do sexo masculino, sendo 6 mães, 1 pai, 1 sobrinha e 2 irmãs, com idades variantes entre 20 e 68 anos, em sua maioria com ensino fundamental incompleto.

Para inclusão na pesquisa o familiar deveria estar acompanhando cotidianamente o usuário no seu tratamento no CAPS e como critério de exclusão utilizou-se o fator idade, definindo-se que familiares com idade inferior a 20 anos não participaria.

Com o objetivo de garantir o sigilo das informações e o anonimato dos entrevistados, adotou-se um sistema de códigos para cada participante (F.1, F.2...), onde a letra “F” significa “familiar” e os números que a acompanham significam a ordem cronológica de realização das entrevistas.

FAMILIAR (CODIFICAÇÃO)	IDADE	GÊNERO	PARENTESCO	ESCOLARIDADE
F.1	33	Feminino	Mãe	Fundamental incompleto
F.2	52	Feminino	Mãe	Fundamental incompleto
F.3	26	Feminino	Irmã	Superior completo

F.4	29	Masculino	Pai	Fundamental incompleto
F.5	33	Feminino	Sobrinha	Superior completo
F.6	68	Feminino	Mãe	Fundamental incompleto
F.7	62	Feminino	Mãe	Fundamental incompleto
F.8	59	Feminino	Mãe	Fundamental incompleto
F.9	20	Feminino	Irmã	Fundamental Completo
F.10	56	Feminino	Mãe	Fundamental incompleto

Tabela 1: Dados de caracterização dos familiares entrevistados.

3.3 Procedimento de coleta de dados

Para que a pesquisa fosse realizada agendou-se previamente uma reunião com a equipe técnica do CAPS Luz do Sol, que mostrou-se bastante solícita e disposta a contribuir com a pesquisa. Em seguida foi providenciado os documentos necessários para a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes.

No ato da entrevista foi apresentado, para cada um dos entrevistados, o TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO- A), que era lido e explicado acerca dos riscos e benefícios da pesquisa, seus objetivos, assim como, a garantia do sigilo a todos os participantes. Após esta etapa, os familiares concordaram em participar voluntariamente da pesquisa e assinaram os mesmos, ficando uma cópia com cada voluntário e outra com os pesquisador. Foi solicitado que as entrevistas fossem gravadas, mas os participantes preferiram que as mesmas fossem escritas no ato da entrevista.

Passando essa etapa inicial de explicação da pesquisa, foram aplicadas individualmente as entrevistas semiestruturadas (ANEXO-B), sendo um questionário aberto, composto por 11 questões, previamente estabelecidas e formuladas pelo pesquisador.

3.4 Procedimentos de análise de dados e interpretação de resultados

Como método de análise e tratamento dos dados na referida pesquisa foi utilizada a análise de conteúdo. Esta consiste em um conjunto de técnicas utilizadas na análise de comunicações, visando obter indicadores que permitem a dedução de conhecimentos referente as mensagens, utilizando-se de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo verbalizados (BARDIN, 2011).

Para a referida autora, a análise de conteúdo é divide-se em 3 fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Na etapa de pré-análise foi realizada uma leitura das entrevistas com a finalidade de definir quais documentos seriam utilizados para a análise. Na sequência, foi feita a exploração aprofundada de todo material com o objetivo de definir as categorias temáticas a partir das respostas dos entrevistados (Tabela2). Por meio desta análise foi possível identificar conteúdos subjetivos relacionados aos sentimentos, crenças e valores que permeiam o sofrimento psíquico e o processo de cuidado. Por fim, todos os dados obtidos foram interpretados à luz das categorias temáticas, possibilitando a configurar seu significados e relacioná-los à teoria.

CATEGORIAS DE ANÁLISE

O papel da família no tratamento do sujeito em sofrimento psíquico;

Consequências do transtorno no contexto familiar;

Entendimento da família acerca do transtorno;

O Enfrentamento do preconceito;

Participação da família no serviço

Tabela 2. Fonte: Elaboração feita pelos próprios autores

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 O papel da família no tratamento do sujeito em sofrimento psíquico

A família desempenha um importante papel no que tange ao cuidado de um ente em sofrimento psíquico, que supera a administração de medicamento ou a companhia no transporte até o serviço. Esta participação está diretamente atrelada ao engajamento com o tratamento, com a equipe técnica da instituição na qual o usuário é inserido e principalmente através da oferta do apoio, carinho, afeto e luta pela garantia de direitos e ressocialização (LAZURE, 1994).

A família é à base de tudo, né! Se você desistir de um parente seu é o fim do poço. Então, é muito importante ele saber que tem alguém ali cuidando dele (F.2).

É muito importante, tipo: se for pra pessoa agir sozinha é difícil e com ajuda da família é importante. Qualquer coisa que a família contribua ajuda bastante no psicológico dele. Ele já se sente excluído aí quando a família age com ele contribui para diminuir isso (F.3).

Ele fica se sentindo mais importante, que eu estou cuidando dele, deixa ele satisfeito (F.8).

Sinto assim, a família conversando ele sempre melhora, fica mais alegre (F.4).

Eles ficam felizes em saber que tem pessoas da família que se preocupa com os mesmos (F.5).

A família é parte indispensável no processo de cuidado e atenção psicossocial, pois contribuí de forma singular na melhoria, aceitação e permanência no serviço. O ente sente-se amado, valorizado, respeitado e confiante para buscar sua reabilitação. A família é a base para a estruturação emocional do sujeito (ROCHA, 2002).

De acordo com o autor supracitado a família é fundamental na prevenção da crise, uma vez que a mesma age como elo de manutenção do cuidado, viabilizando a terapêutica medicamentosa e realizando o manejo da crise. Diante dos dados coletados e analisados fica evidente a importância da presença da família junto ao seu ente no processo de cuidado, sendo parte indispensável para a assertividade do tratamento psicossocial. Percebe-se ainda que apesar do engajamento da família

nos mais diversos graus de parentesco a mãe ainda é a pessoa que mais interage e mais se implica no tratamento. Reforçando representações sociais sobre a responsabilidade materna com a transmissão de afeto, zelo e apoio.

[...] O apoio familiar é tudo. Principalmente da mãe, quando ela fica mal ela só quer ir lá (F.9).

Eu cuido dele, apesar dele não ser muito obediente. Dou atenção a ele, tudo que uma mãe faz pelo filho (F.8).

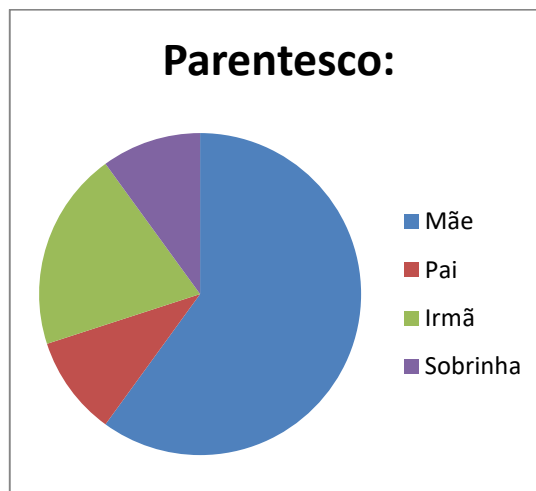


Gráfico 1:Análise dos dados da Tabela 1

Diante das dificuldades enfrentadas pela família no processo de cuidado com o ente em sofrimento psíquico faz-se necessário que os serviços impliquem-se em promover apoio e amparo a essas famílias, por meio de acolhimento, informação, orientação, troca de experiências pessoais e a construção de novas possibilidades para enfrentar a situação (ASSIS; VILARES; BRESSAN, 2008). O grupo de família ofertado pelo CAPS LUZ do Sol se encaixa como ferramenta assertiva e importante para tal objetivo.

O grupo de família é muito importante, lá a gente troca experiências, uns agem de um jeito, outros de outro e a gente fica sabendo como lidar com os nossos filhos (F.2).

É muito importante, pois você ver o que o outro passa e a gente já troca experiências (F.3).

É bom. Porque vindo para o grupo de família eu aprendi muita coisa, eu era sem paciência, eu aprendi que a gente tem que ver o lado do outro e eu aprendi a ter mais paciência e saber lidar mais com ele (F.8).

4.2 Consequências do transtorno no contexto familiar

Após o diagnóstico de transtorno mental a família passa por mudanças em seu repertório, o núcleo familiar precisa ser reformulado, mudando suas crenças, formas de organização e principalmente uma mudança comportamental, necessitando constantemente de reorganização. (ALCÂNTARA; GOMES, 2011). Na relação usuário/família, existem muitas dificuldades de ambas as partes, tanto o familiar tem seus medos, apreensões, sofrimentos e adversidades, como também o usuário apresenta seus incômodos em relação a situação e muitas vezes não sabendo expressar o seu desconforto de outra forma, descarrega suas frustrações de forma agressiva (QUAYLE; LUCIA, 2007).

Identificou-se que um diagnóstico psiquiátrico gera consequências diversas em torno do contexto familiar, sendo essas consequências: emocionais, sociais e financeiras. Exigindo do familiar/cuidador uma atenção e cuidado redobrado.

Se ele não tomar a medicação. Teve um dia que ele saiu pra rua e deram álcool ou sei lá o que pra ele. Ele ficou agressivo, pegou uma tora de pau, eu pensei que ia morrer naquele dia, os meninos ficam com medo dele, mas eu me mostro dura, pra cuidar dele, mas quando ele toma o remédio, ele se acalma (F.2).

Falta de recursos financeiros para comprar a medicação (F.5).

Quando ela não andava só, vivia muito nos médicos e agora ela vai para o projeto (CAPS) só, graças a Deus (F.6).

Dinheiro pra pagar, quando os médicos não tem de graça, eu não tenho renda, quando minha mãe ta sã, ela cuida dele pra eu trabalhar, mas ela ta doente[...] (F.1).

[...] quando a pessoa fala alguma coisa que ele não entende, ele fica agressivo (F.4).

Porque ela gosta de namorar bastante, e temos que ter o maior cuidado para ela não engravidar (F.7).

Só é mais complicado quando ela está debilitada porque temos que ficar o tempo todo com ela principalmente quando ela está agressiva (F.9).

Além de desgaste físico e emocional a família também vivencia situações de conflitos relacionadas à dificuldade de adesão do sujeito ao tratamento.

Quando ele faz a recusa do medicamento. Ele diz: eu não sou doente, mas ele é doente. Faço a comida, ele diz que tá envenenada, que ta com remédio. Na verdade eu já fiz isso de colocar o medicamento no suco [...] (F.2).

4.3 Entendimento da família acerca do transtorno

Foi possível identificar que ainda predomina no âmbito familiar a falta de compreensão acerca do transtorno. Por muitas vezes essa compreensão se dá de maneira rasa e superficial, dificultando até mesmo o trato diário com o sujeito em sofrimento psíquico.

Não. Eu só sei que ele tem algum problema e surta às vezes (F.3).

Eu não entendo nada. Ele é sem noção das coisas. Tem horas que ele fica agressivo (F.4).

Eu entendo. É distúrbio mental, DrºC... falou e tem epilepsia também (F.6).

É transtorno mental, mas ele foi internado por insanidade mental pela justiça (F.2).

Entendo porque ela nasceu com um pequeno distúrbio [...] (F.7).

Ele é tolo. Não tem o mesmo pensamento que os outros filhos têm (F.8).

Entendo que ela passou por alguns traumas quando mais nova e que hoje ela está assim (F.9).

Isto denota a necessidade de investimento em psicoeducação direcionada aos familiares. Esta oferta deve fazer parte das atividades desenvolvidas nos Centros de atenção Psicossocial, uma vez que contribui tanto para o melhor funcionamento do serviço quanto para a realização do cuidado domiciliar. O desconhecimento por parte da acaba potencializando o processo de sofrimento

psíquico. A análise das entrevistas ainda denota que a predominância do caráter biomédico/patologizante leva a família mesmo com o pouco conhecimento acerca do transtorno a caracterizar o usuário como o transtorno, esquecendo que o mesmo tem seus desejos, defeitos, qualidades e traços subjetivos como qualquer outro e acabam por reduzi-lo ao diagnóstico comunicado pelo médico.

Só sei o que o médico fala! Diz que é autismo [...] (F.1).

Os trechos das entrevistas trazem à tona que o discurso médico não é suficiente, o mesmo por vezes acaba não sendo acessível ao familiar, que a nomenclatura não é suficiente para esclarecer os aspectos psicossociais em torno do sofrimento psíquico e acaba não sendo elucidativo para a família o que ocorre com aquele de quem cuida, levando-os a descaracterizar esse sujeito.

4.4 O Enfrentamento do preconceito

Diante do diagnóstico não só o indivíduo, mas também a família passa a sentir as dificuldades sociais, vivendo muitas vezes com a não aceitação e exclusão. A família, portanto passa a evitar a sociedade e conseqüentemente tudo que envolve o imaginário coletivo acerca do sofrimento psíquico, o que se torna preconceito, que se caracteriza como o julgamento prévio sem uma análise adequada e profunda acerca do transtorno, trazendo exclusão, mal entendidos e sofrimentos (JORGE; BEZERRA, 2004).

Por vezes os familiares não sabendo como agir frente a algumas situações e não estando preparados para este enfrentamento acabam se isolando e se fechando para o convívio na tentativa de buscar instrumentos internos de superação para seus problemas (VASCONCELOS, 2000). Nesse contexto, identificou-se o quanto é difícil para a família conseguir lidar com o preconceito, e com o sofrimento que o cerca, principalmente quando acontece no núcleo intrafamiliar.

Já sofremos preconceito sim, foi meu irmão dizendo que meu filho não era doente, que ele tinha era safadeza. Me senti muito humilhada. Reagi pedindo a Deus que ele nunca passasse pelo que meu filho está passando (F.10).

Muitos, muitos preconceitos mesmo. Da sociedade sofre muitos. É muito difícil sentir que seu filho ta sendo excluído, é difícil. Me sinto infeliz, falar a verdade! Ninguém sabe o que ele sente, ele não pediu pra vim assim, ninguém pede pra ter ninguém doente (F.2).

Por parte da família mesmo. A família diz que eu estou procurando doença, uns mandam eu procurar o médico, outros dizem que ele não é doido, só que eu não to dizendo que ele é doido, só to procurando tratamento (F.1).

Sim. Fiquei triste depressiva (F.3).

Vários. De andar no ônibus da feira e o próprio motorista se negar a levar porque ele era “doido”. Ficávamos muito mal porque sentíamos que não podíamos mudar aquilo (F.9).

Da escola mesmo, que as outras crianças ficavam chamando ele de doido e as professoras traziam para casa. Deixando a gente muito triste (F.8).

Faz-se necessário que a família passe por um processo de adaptação e principalmente que a mesma seja amparada e cuidada para o enfrentamento das sobrecargas advindas do processo de cuidado em saúde mental (SOUZA, 2008).

Diante da análise foi possível perceber que mesmo em sofrimento por conta do preconceito sofrido tem familiar que ainda tenta desfazer a crença daquele que pratica o preconceito e tenta explicar pra ele sobre o sofrimento psíquico do seu ente, mostrando que a psicoeducação é uma forma eficaz de manejo poderosa arma na luta contra do preconceito.

Os estigmas da sociedade. Explicando para quem não entende (F.5).

4.5 Participação da família no serviço

A família exerce uma grande influência no tratamento de saúde dos seus membros, sendo ela o primeiro sistema social e de cuidado no qual somos inseridos. Dessa forma, é de suma importância que exista um elo entre equipe, família e usuários, para que o cuidado seja eficaz e eficiente (COSTA, 2009).

É inquestionável a importância da participação da família na assistência ao usuário em sofrimento psíquico, para que haja uma melhor qualidade de vida tanto do usuário quanto da família (SPANDINI, 2006).

A análise dos dados mostra que a principal forma de participação da família no serviço ocorre por meio do grupo de família, sendo o mesmo um importante aliado no processo educativo, sendo a troca de experiências uma estratégia importante no manejo do sofrimento psíquico.

Participo do grupo de família com a assistente social (F.9).

A gente aprende muita coisa no grupo de família (F.7).

Sim, do grupo de família com a assistente social (F.8).

Participo das oficinas, do grupo com a psicóloga e do grupo de família (F.6).

Acho maravilhoso o grupo de família (F.10).

Faz-se necessário que a equipe do serviço busque meios criativos e assertivos de inserção do familiar no serviço. Para que essa participação ocorra é preciso além da disposição e vontade de participar necessita-se que haja vínculo entre técnicos do serviço, família, comunidade e usuário (SILVA, 2004).

A análise deixa evidente que tem muitos familiares que só vão ao serviço acompanhar o usuário e não participam de nenhuma atividade promovida pelo mesmo. Isso acaba dificultando o estabelecimento de vínculo entre serviço e família, assegurando a ideia de que o serviço precisa fomentar meios para inserir essa família dentro do serviço. Existe uma disparidade no que diz respeito à frequência da família no serviço que vai entre 3 vezes por semana até 1 vez ao mês (gráfico 2).

Só faço trazer o menino [...] (F.4).

Frequento trazendo meu irmão (F.3).

Frequento trazendo ele e às vezes participo da oficina de artesanato (F.2).

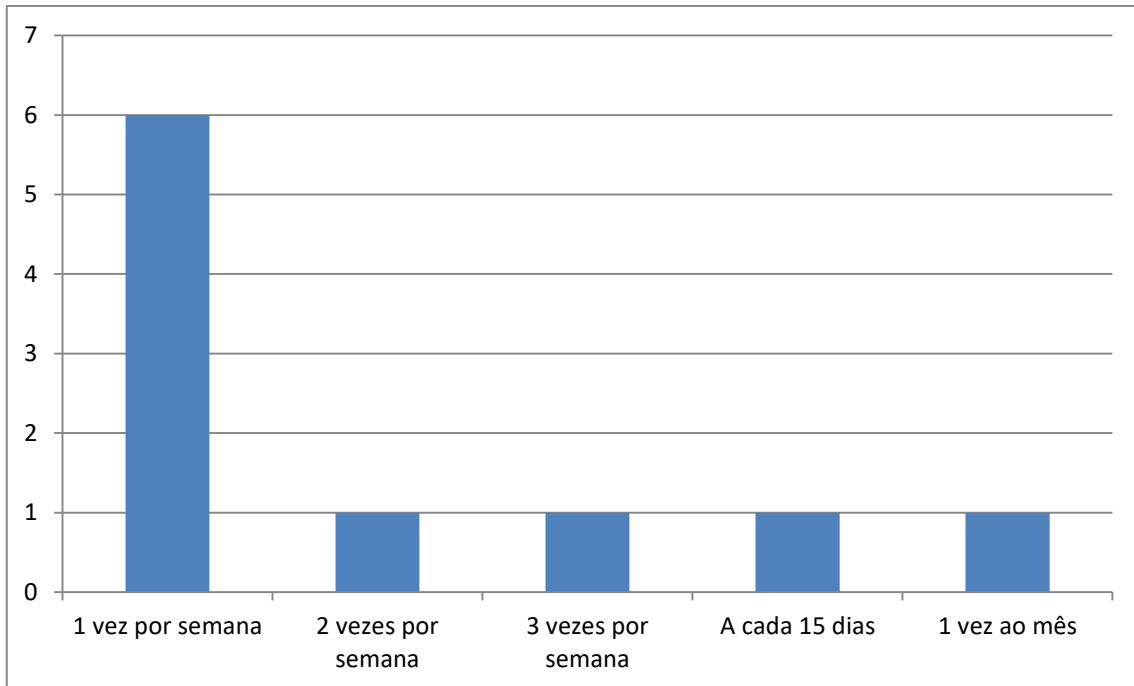


Gráfico 2: Frequência dos familiares no serviço

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho consiste em uma pesquisa de campo, baseada nos princípios metodológicos qualitativos que abordam aspectos subjetivos, vivências e percepções acerca da importância do acompanhamento familiar no cuidado psicossocial de sujeitos em sofrimento psíquico. Diante desse contexto procuramos entender como a família se implica no tratamento, como acontece essa implicação, sua importância e a forma como a família lida com todas as questões em torno do adoecimento psíquico.

No decorrer de toda pesquisa, percebeu-se uma carência a respeito de materiais publicados com a temática principalmente no âmbito da Psicologia, fazendo-se necessário um aprofundamento quanto ao tema. Faz-se necessário assegurar a importância da família no que tange ao cuidado em saúde mental afim, de garantir direitos e avanços no que tange a atenção psicossocial.

Partindo de um pressuposto onde a loucura não era aceita socialmente, e que todo aquele que destoasse dos parâmetros de normalidade impostos pela sociedade era segregado e impedido de conviver em sociedade e principalmente sem o afeto

da família com um tratamento desumano e agressivo e graças ao movimento reformista que trouxe humanização para a psiquiatria nos levando a refletir a respeito de uma saúde mental mais humana, assertiva e livre das amarras.

Na atualidade ante a nota técnica nº 11/2019, publicada pelo Ministério da Saúde estamos presenciando alguns retrocessos no que diz respeito à saúde mental, principalmente relacionado aos centros de atenção psicossocial e diante disso, é de suma importância pesquisas que enfatizem a magnitude da participação da família no cuidado, frente a um tratamento inofensivo pautado no afeto e na liberdade, onde se respeita a subjetividade e entende que existe um sujeito para além do CID, para além do diagnóstico com desejos e sentimentos que precisam serem respeitados e valorizados.

Graças ao método utilizado para a coleta de dados foi possível entrar em contato com as emoções trazidas pelos familiares em relação ao processo de cuidado, onde apesar das consequências em ter um ente em sofrimento psíquico no seio familiar ainda assim, foi evidenciado o quanto esses familiares nutrem um afeto enorme por quem se cuida. Diante disso fica explícito que o afeto é pedra angular quando se refere a uma assertividade no cuidado psicossocial.

Foi possível averiguar a necessidade do Serviço de Atenção Psicossocial buscar meios que corroborem para a inserção da família no serviço e que se estenda o cuidado para além do usuário, cuidando também dos familiares e possibilitando a ampliação do olhar patologizante.

Na presente pesquisa observou-se que mesmo diante de toda dificuldade enfrentada pela família a mesma é de suma importância para a adesão ao tratamento por parte do usuário, para a manutenção e evitação da crise e principalmente como grande incentivadora na luta por liberdade, por ressocialização e cidadania.

Desta forma, entende-se que todos os objetivos propostos pelo estudo foram alcançados ao se debruçar em cada entrevista, cada discurso, cada palavra e sentimento trazidos pelos entrevistados.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, Geisa Souza; GOMES, Juliana da Silva. **O papel da família no processo de ressocialização de pessoas acometidas por transtornos psíquicos**. Salvador: Faculdade Vasco da Gama. 2011.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, Paulo; CRUZ, Leandra Brasil. **Saúde Mental, Formação e Crítica**. Rio de Janeiro: Laps, 2015;

ASSIS, José Cândido; VILLARES, Cecília Cruz; BRESSAN, Rodrigo Affonseca. **Entre a razão e a ilusão: Desmistificando a loucura**. São Paulo: Segmento Farma Editores, 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARRETO, Raylane Andreza Dias Navarro. **Fundamentos antropológicos e sociológicos**. Aracaju: UNIT, 2012.

BARROSO, S. M.; SILVA, M. A. **Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia**. Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo (SPAGESP), Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 66-78, jun. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Documento apresentado á Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CARDOSO, J. C.; CARVALHO, T. A.; FERNANDES, M. A. **Transtorno bipolar de humor: percepção familiar**. *Revista Interdisciplinar NOVAFAPI*, Teresina. v.4, n.1, p.25-29, Jan-Fev-Mar. 2011. Disponível em: <http://www.novafapi.com.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v4n1/pesquisa/p4_v4n1.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2019.

Conselho Federal de Psicologia **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(os) no CAPS -Centro de Atenção Psicossocial / Conselho Federal de Psicologia**. -Brasília: CFP, 2013.

COSTA, Nilson do Rosário; TUNDIS, Silvério Almeida. **Cidadania e Loucura: Políticas de saúde mental no Brasil**. 4.ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1994.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. 3 ed. (Tradução) COELHO NETTO, J. T. . São Paulo: Perspectiva, 1972.

JORGE, Marco Aurélio Soares; CARVALHO, Maria Cecília de Araujo; SILVA, Paulo Roberto Fagundes da. **Políticas Públicas e Cuidado em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014. 296p.

LAZURE, H. **Viver a relação de ajuda**. Lisboa: Lusodidacta, 1994.

MELMAN, Jonas. **Família e Doença Mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. 3. ed. São Paulo: Escrituras, 2008.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001.

OHARA, Elisabete Calubuig Chapina; CONCONE, Maria Helena Mias Boas. **Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade**. 3 ed. São Paulo, 2014.

PACHECO, Juliana Garcia. **Reforma Psiquiátrica, uma realidade possível: representações sociais da loucura e a história de uma experiência.** Curitiba: JURUÁ, 2009.

PEREIRA, Ivana Carla Garcia. **Do ajustamento à invenção da cidadania: serviço social, saúde mental e intervenção na família no Brasil.** In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.** 2. ed. São Paulo: Cortez, p. 217-262, 2002.

QUAYLE, Julieta, LUCIA, Mara Cristina Souza de. **Adoecer: As interações do doente com sua doença.** 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2007.

RIBEIRO, S. L.; **A criação do centro de atenção psicossocial espaço vivo;** ver. *Psi, ciên. E profissão*; 24 (3), 2004, p. 92-99.

ROCHA, L. E. **Saúde mental no trabalho.** São Paulo: VK/CIPA, 2000.

ROCHA, R. **A reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

ROSA, Lúcia. **Transtorno Mental e o cuidado na família.** São Paulo: Cortez, 2003.

SERAPIONI, Mauro. **O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2005, vol.10, suppl., pp.243-253. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000500025>.

SILVA ,M.B.B. **Responsabilidade e Reforma Psiquiátrica brasileira: sobre a produção de engajamento, implicação e vínculo nas práticas de atenção psicossocial [dissertação].** Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2004.

SILVA, Kely Vanessa Leite Gomes da; MONTEIRO, Ana Ruth Macedo. **A família em saúde mental: subsídios para o cuidado clínico e enfermagem.**São Paulo-SP,2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a29.pdf>. Acesso em 15 de abr. de 2019.

SILVEIRA, L. C., BRAGA, V. A. B. **Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental.** *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v. 13, n. 4, julhoagosto; 2005, p. 591-5.

SOUZA, A.S. **O impacto do transtorno bipolar afetivo na família**. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da USP, 2008. Disponível em: <http://www.novafapi.com.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v4n1/pesquisa/p4_v4n1.pdf>. Acesso em 19 mai. 2019.

SPADINI, L.S, Souza MCBM. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. **Revista da Escola Enfermagem da USP**. 2006

VASCONCELOS, E. M. **Saúde mental e serviço social; um desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2000.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 2. ed São Paulo: Cortez, 2002.

ANEXO A – TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, abaixo assinado, autorizo a UNIVERSIDADE TIRADENTES- UNIT, por intermédio do aluno, José Álvaro Oliveira Sousa devidamente assistido pela sua orientadora, Tais Fernandina Queiroz a desenvolver a pesquisa abaixo descrita:

1-Título da pesquisa: A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DOS USUÁRIOS DO CAPS LUZ DO SOL EM NOSSA SENHORA DA GLÓRIA-SE.

2-Objetivos Primários: Investigar a relevância do suporte familiar no tratamento das pessoas com transtorno mental. Objetivos secundários: - Verificar como acontece a inserção da família no processo de tratamento de um indivíduo com transtorno mental; - Investigar a concepção da família acerca dos transtornos mentais; - Analisar as estratégias da família no enfrentamento do preconceito relacionado ao transtorno mental; - Identificar as consequências do transtorno mental no contexto familiar.

3-Descrição de procedimentos: Consiste em uma entrevista com a finalidade de coletar dados utilizando de um questionário com perguntas já estabelecidas.

4-Justificativa para a realização da pesquisa: Desta forma, essa pesquisa faz-se importante no sentido de que a família é entendida como núcleo básico nas relações socioafetivas, possuindo um importante papel no tratamento das pessoas com transtorno mental, contribuindo como parceira da equipe multiprofissional do serviço.

5-Desconfortos e riscos esperados: A pesquisa pode disparar algumas situações emocionais, mas embora as perguntas não foram elaboradas para esse fim, o sujeito da pesquisa tem o suporte necessário assim, como cessar a pesquisa a qualquer momento.. Fui devidamente informado dos riscos acima descritos e de qualquer risco não descrito, não previsível, porém que possa ocorrer em decorrência da pesquisa será de inteira responsabilidade dos pesquisadores.

6-Benefícios esperados: Ter acesso a conteúdos subjetivos das famílias com entes em sofrimento psíquico. Fortalecer a rede de atenção psicossocial frente as mudanças atuais na política de saúde mental. Assegurar o quão importante e significativo é para o sujeito com transtorno mental ter a sua família inserida no serviço e ser assistida pelo mesmo.

7-Informações: Os participantes têm a garantia que receberão respostas a qualquer pergunta e esclarecimento de qualquer dúvida quanto aos assuntos relacionados à pesquisa. Também os pesquisadores supracitados assumem o compromisso de proporcionar informações atualizadas obtidas durante a realização do estudo.

8-Retirada do consentimento: O voluntário tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, não acarretando nenhum dano ao voluntário.

9-Aspecto Legal: Elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atende à Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde - Brasília – DF.

10-Confabilidade: Os voluntários terão direito à privacidade. A identidade (nomes e sobrenomes) do participante não será divulgada. Porém os voluntários assinarão o termo de consentimento para que os resultados obtidos possam ser apresentados em congressos e publicações.

11-Quanto à indenização: Não há danos previsíveis decorrentes da pesquisa, mesmo assim fica prevista indenização, caso se faça necessário.

12-Os participantes receberão uma via deste Termo assinada por todos os envolvidos (participantes e pesquisadores).

13-Dados do pesquisador responsável

Nome: Profa. Mestre Tais Fernandina Queiroz

Endereço profissional/telefone/e-mail: taisfqueiroz@hotmail.com

ATENÇÃO: A participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em casos de dúvida quanto aos seus direitos, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes.

CEP/Unit - DPE

Av. Murilo Dantas, 300 bloco F – Farolândia – CEP 49032-490, Aracaju-SE.

Telefone: (79) 32182206 – e-mail: cep@unit.br.

Aracaju, ____ de ____ de 201_.

ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

ANEXO B – ENTREVISTA

Nome: _____ Idade: _____

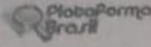
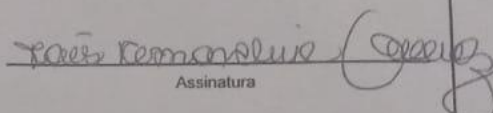
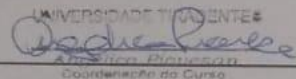
Parentesco: _____ Escolaridade: _____

Gênero: _____

Entrevista

1. Você participa de alguma atividade do CAPS? Se sim. Qual?
2. Você entende qual o transtorno do seu familiar?
3. Como você contribui com o tratamento do seu familiar?
4. De que forma o usuário afeta o dia a dia da família?
5. Vocês já sofreram algum tipo de preconceito por conta do transtorno do seu familiar? Se sim. Qual e como reagiram?
6. Qual a importância do CAPS no tratamento do seu familiar?
7. Qual a maior dificuldade encontrada para cuidar do familiar com transtorno mental?
8. Com qual frequência você vai ao CAPS para acompanhar o tratamento do seu familiar?
9. Para você qual a importância da família no tratamento do usuário do serviço?
10. Qual a importância dos grupos de família?
11. Quando você participa junto com seu familiar do tratamento no CAPS você nota alguma melhoria no quadro dele?

ANEXO C – FOLHA DE ROSTO PLATAFORMA BRASIL

 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS			
1. Projeto de Pesquisa: A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DOS USUÁRIOS DO CAPS LUZ DO SOL EM NOSSA SENHORA DA GLÓRIA-SE			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 10			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde, Grande Área 7. Ciências Humanas			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Tais Ferdnandina Queiroz			
6. CPF: 914.965.435-72	7. Endereço (Rua, n.º): FABIO JOSE CARDOSO RAMOS AEROPORTO 601 ARACAJU SERGIPE 49038440		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (79) 9987-7361	10. Outro Telefone:	11. Email: taisfqueiroz@hotmail.com
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: 06 / 05 / 19		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: SOCIEDADE DE EDUCACAO TIRADENTES S/S LTDA	13. CNPJ: 13.013.263/0001-87	14. Unidade/Orgão:	
15. Telefone: (79) 3218-2100	16. Outro Telefone:		
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável:  UNIVERSIDADE TIRADENTES ANEXO TIRADENTES Coordenadora do Curso Psicologia	CPF: 609 083 705-20		
Cargo/Função: COORDENADORA PSICOLOGIA			
Data: 06 / 05 / 2019		Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			