



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

THAILA CARLA FREIRE DE OLIVEIRA

FACILITADORES DO CUIDADO: importância da família no acompanhamento do indivíduo em sofrimento psíquico na perspectiva de profissionais

CUITÉ - PB

2016

THAILA CARLA FREIRE DE OLIVEIRA

FACILITADORES DO CUIDADO: importância da família no acompanhamento do indivíduo em sofrimento psíquico na perspectiva de profissionais

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – *campus* Cuité, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Ms. Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho

CUITÉ - PB

2016

UJFCG/BIBLIOTECA



Biblioteca Setorial do CES.

Julho de 2021.

Cuité - PB

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

O48f Oliveira, Thaila Carla Freire de.

Facilitadores do cuidado: importância da família no acompanhamento do indivíduo em sofrimento psíquico na perspectiva de profissionais. / Thaila Carla Freire de Oliveira. – Cuité: CES, 2016.

70 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCEG, 2016.

Orientadora: Msc. Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho.

1. Saúde mental. 2. Serviços de saúde mental. 3. Prática profissional. I. Título.

Biblioteca do CES

CDU 613.86

THAILA CARLA FREIRE DE OLIVEIRA

FACILITADORES DO CUIDADO: importância da família no acompanhamento do indivíduo em sofrimento psíquico na perspectiva de profissionais

Aprovado em: 03 / 10 / 16

BANCA EXAMINADORA

Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho

Prof.^a. Ms. Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho
Orientadora – Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Francilene Figueirêdo da Silva Pascoal

Prof.^a. Ms. Francilene Figueirêdo da Silva Pascoal
Membro Interno - Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Alyne Mendonça Saraiva

Prof.^a. Dr.^a Alyne Mendonça Saraiva Nagashima
Membro Interno – Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Dedico...

Aos **meus pais** que tanto me apoiaram durante essa caminhada e me instigaram a lutar pelos meus sonhos. Ao meu amado pai, **Carlos Antônio de Oliveira**, por não medir esforços para me ajudar e contribuir com seus ensinamentos para me fazer um ser humano melhor. A minha querida mãe, **Maria Isabel Freire**, meu amor maior, por ser esse mãezona com inúmeras qualidades e pela disposição em lutar junto comigo pelos meus ideais, por ultrapassar todas as barreiras para que eu pudesse estar aqui, acreditando sempre no meu potencial. Dedico-lhes o meu trabalho, meu amor, a minha vida e a minha gratidão eterna. Amo vocês!

Agradecimentos

Diante de um momento com um significado sem tamanho como este, agradecer e agradecer muito ainda se torna pouco, comparado a toda felicidade que me envolve nessa hora.

Agradecer a tudo e a todos que me acompanharam nessa longa jornada é uma tarefa difícil e que vai muito além de palavras que eu possa expressar nestes poucos parágrafos.

Primeiramente, agradecer à Deus, nosso Senhor Todo Poderoso, o Santíssimo e idolatrado, pelo dom da vida, por nunca me deixar fraquejar, por me fazer forte quando pensei em desistir, por não me deixar perder o equilíbrio, pelo discernimento, pela paciência, pela resiliência e por me mostrar que as coisas acontecem na hora certa, exatamente quando têm que acontecer. Depois de inúmeros pedidos, hoje eu lhe agradeço, meu Deus, por mais esta vitória alcançada e por me abençoar muito mais do que eu mereço.

Aos meus amados pais, minha mãe Maria Isabel e ao meu pai Carlos Antônio, por me incentivarem nessa difícil caminhada e me ampararem nos momentos de fraqueza, me ajudando a superar todos os obstáculos, sem medir qualquer esforço para me verem feliz e realizada. Vocês são minha maior fonte de inspiração, humildade, honestidade e justiça. Minha gratidão eterna ainda não será suficiente, muito obrigada por tudo, amo vocês.

Também quero agradecer aos meus irmãos Elaine e Túlio pelo incentivo e apoio sempre que precisei. A Júnior por estar sempre presente e disponível para me ajudar em todos os momentos de necessidade e por dar a vida a um serzinho que ainda não veio ao mundo, mas que já tem todo o meu amor, minha sobrinha, minha pequena Maria Ísis, estou louca para lhe conhecer, minha princesa.

Aos meus primos, Toni, Tacila, Lutércia, Tarciana, Flávio, José Maurício, Jordan por serem mais que primos, por serem parceiros e irmãos nessa caminhada, por se disponibilizarem a todo instante e me ajudarem sempre que eu precisei. Vocês são muito importantes para mim, tenho um carinho inexplicável, obrigada a todos.

À minha pequena prima e filha do coração Maria Clara, por me dar forças todas as vezes que eu precisava voltar para Cuité, me dizendo que eu ia ser “doutora” e que eu voltaria logo. Sempre ficava de coração apertado e sofria bastante com a saudade, mas contei com um apoio imensurável. Te amo minha princesinha.

Aos meus vizinhos e compadres, Neri e Neneca, por serem também parte da minha família e por estarem sempre presentes na minha vida, me ajudando sem medir esforços, por me darem a honra de ser madrinha da pequena Dionísia.

Aos meus amigos, Gislany, Marinice, Tatiany, Myllene, Thayane, Bruno e tantos outros que me acompanharam nessa trajetória, e que sem o auxílio, palavras, conforto e companhia, não teria conseguido seguir em frente. Vocês são aquelas pessoas que não nos aparecem mais de uma vez na vida e posso dizer com propriedade: distância nenhuma separa uma amizade em Deus.

Aos meus professores do fundamental em especial minha Tia Fatinha e Tia Geany, por todo o aprendizado, dedicação e amor oferecidos desde minha chegada na escola, por contribuírem imensamente na minha formação, costumo dizer que são os pilares que me sustentaram até aqui. Lembrando também dos meus colegas e amigos de uma vida toda, Alisson, Raiane, Jéssica, Fernanda, Raul, Ana Paula, Mayane, que desde o berço conviveram como uma família, obrigada a todos vocês!

Aos colegas da faculdade, que durante cinco anos pudemos compartilhar todas essas vitórias, meu muito obrigada, pela receptividade, pelas brigas, discussões, pelas risadas, pela ajuda e por me deixarem com esse gostinho de saudade que eu já sinto desde agora.

Aos três amores que Cuité me deu e que eu vou levar para o resto da vida, Eli, Bruna e Delurdes. Por todas as brigas, discussões, afastamentos e também por todas as risadas, brincadeiras, parceria, perversidades, confusões. Com vocês dividi 5 anos de muita alegria em minha vida, e desde já morro de saudades. Queria vocês comigo para sempre, mas sei que onde estivermos essa amizade nunca morrerá, vocês me proporcionaram um grande aprendizado, desejo toda sorte do mundo para os três, eu amo vocês meus amores.

À minha amiga Vanessa, a quem não posso chamar apenas de amiga, mas sim de irmã. Esteve comigo desde o início e permanecerá até o fim. Nossa amizade estava destinada muito antes de nascermos, tenho certeza disso. Você é aquela pessoa de uma vibração boa, de uma felicidade sem fim, que cativa a todos por onde passa. Sempre se fez e faz presente em minha vida, me ajudou em todos os momentos, e isso minha querida amiga, eu não tenho palavras para agradecer. Só quero lhe dizer que essa vitória é nossa, pois jamais teria conseguido sem você. Muito obrigada por tudo, você mora no meu coração. Sem esquecer da sua mãezinha, minha tia Francisca que sempre me acolheu, mesmo na distância e fez de mim uma filhinha do coração.

À Romário, por toda paciência e apoio durante esse tempo. Por estar sempre ao meu lado, nos melhores e piores momentos, por saber me escutar e dizer exatamente o que eu preciso ouvir por ser um orgulhoso de coração e alma mole, obrigada amor.

Aos profissionais do CAPS – Cuité, especialmente à Socorro, pela calorosa receptividade e disponibilidade de me ouvir e contribuir com meu estudo dentro da instituição.

À minha orientadora, Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho, pela disposição em me orientar quando ainda permaneciam dúvidas em mim, que soube me cobrar para que eu desse o meu melhor, pelos ensinamentos, puxões de orelha, pela paciência e por toda a ajuda ofertada. Mesmo com minha dificuldade em me relacionar com as pessoas, você se mostrou mais que uma orientadora, se mostrou uma amiga.

À banca examinadora professoras Francilene Figueirêdo da Silva Pascoal e Alynne Mendonça Saraiva Nagashima, pela disponibilidade em contribuir com a melhoria de minha pesquisa com seus conhecimentos.

A todos aqueles que acreditaram, torceram e rezaram por mim para que eu conseguisse superar esse desafio, meu sincero sentimento de agradecimento! Que Deus os abençoe.

*Lembraí do tempo que levastes para chegar aqui,
de todas as vitórias e lágrimas,
de todos os sorrisos e fracassos.*

*Lembraí dos sonhos realizados,
das frustrações,
das decepções colhidas.*

*Lembraí de tudo o que passou.
Ganhastes mais força,
mais sabedoria
e finalmente podes olhar para o que há diante de ti
e perceber
que apenas chegastes ao começo.
– Seja bem-vindo ao começo!*

(Augusto Branco)

OLIVEIRA, T. C. F. **Facilitadores do cuidado: importância da família no acompanhamento do indivíduo em sofrimento psíquico na perspectiva de profissionais.** 2016. 00f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação em Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité/PB.

RESUMO

Na atualidade, o cuidado prestado aos indivíduos em sofrimento mental aponta também para a necessidade de responsabilização por parte dos familiares. Nessa perspectiva, há uma restituição do papel das famílias, subsidiando a certificação de reinserção social desses sujeitos. A atenção à saúde mental passa então a se consolidar na perspectiva dos CAPS, priorizando a oferta de uma assistência direcionada à construção de laços familiares. Nesse contexto, há um desafio que é aproximar a família dessas instituições. Esse estudo objetivou compreender a importância da família no acompanhamento de indivíduos em sofrimento psíquico sob a visão de profissionais atuantes no CAPS. Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória-descritiva de abordagem qualitativa, que foi desenvolvida no Centro de Atenção Psicossocial - Sebastião Paulo de Sousa (CAPS I), no município de Cuité-PB. Para a coleta de dados, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado com os profissionais da instituição supracitada. A pesquisa foi realizada no mês de agosto de 2016 e a amostra foi composta por 07 profissionais de nível superior. Para a análise do material empírico, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo temática proposta por Bardin. Após as entrevistas coletadas, foram delineadas três categorias: “A família enquanto ferramenta de suporte no cuidado”, “Família e serviço: um binômio gerador de contrapontos” e “O CAPS e a equipe multiprofissional: mobilizando estratégias para inserir a família”. O estudo revelou claramente o reconhecimento do valor da família junto ao serviço como parceira de modo a trabalharem em sintonia para a reinserção do sujeito na sociedade. Os profissionais entrevistados ressaltaram que a família é um recurso que deve ser inserido dentro do cuidado em saúde mental. Identificou-se que ainda existe a resistência oferecida pelos familiares em participarem do dia a dia dos serviços e do acompanhamento do seu membro adoecido, e que apesar de ainda haver essa mínima resistência, a grande maioria está ciente de sua importância na ressocialização dos usuários e há uma grande evolução na parceria das instituições com as famílias. Verificou-se também que a participação da família se dá na inserção nas diversas atividades do CAPS, como nas assembleias, festas e grupos que são constituídas de ações que podem possibilitar a construção de laços, em que ambos são escutados e acolhidos no sofrimento trazidos por eles. Portanto, pelo presente estudo, identificou-se que a família é um componente essencial no apoio a pessoa em sofrimento psíquico, quando se coloca como fonte de segurança e conforto, o que contribui positivamente no processo de reabilitação e reinserção do sujeito adoecido. Nessa conjuntura, é essencial que a equipe multiprofissional adeque suas tecnologias de cuidado e suporte às necessidades de cada família, preservando a singularidade e as subjetividades de cada arranjo familiar.

PALAVRAS-CHAVE: Família, Serviços de saúde mental, Prática profissional.

OLIVEIRA, T. C. F. **Care Facilitators: importance of the family not individual monitoring in psychological distress in professional perspective.** 2016. 00f. Work Term Paper (Diploma in Nursing) - Education Center for Health, Federal University of Campina Grande, Cuité / PB.

ABSTRACT

Currently, care provided to individuals in mental distress also points to the need for accountability on the part of the family. From this perspective, there is a return of the role of families, supporting the certification of social reintegration of these subjects. The mental health care then passes to consolidate the perspective of CAPS, prioritizing the provision of targeted assistance to build family ties. In this context, there is a challenge that is closer to the family of these institutions. This study aimed to understand the importance of family in the monitoring of individuals in psychic suffering under the vision of professionals working in CAPS. This is a survey of exploratory - descriptive qualitative approach, which was developed at the Center for Psychosocial Care - Sebastião Paulo Sousa (CAPS I), in the municipality of Cuité -PB. To collect data, we used a semistructured interview guide with the professionals of the aforementioned institution. The survey was conducted in August 2016 and the sample was composed of 07 top-level professionals. For the analysis of the empirical material, we used the thematic content analysis technique proposed by Bardin. After the collected interviews, three categories were outlined: "The family while in the care support tool," "Family and service: a generator binomial counterpoints" and "The CAPS and the multidisciplinary team: mobilizing strategies to enter the family". The study clearly showed recognition of the value of family next to the service as a partner to work in harmony for the reintegration of the individual in society. The professionals interviewed stressed that the family is a resource that must be inserted into the mental health care. It was identified that there is still resistance offered by family members participate in daily services and the monitoring of their sick member , and although there is still this minimal resistance , the vast majority are aware of their importance in the rehabilitation of users and there is a great evolution in the partner institutions with families. It was also found that family participation is given in the insertion in the various activities of CAPS, such as in meetings, parties and groups which consist of actions that can enable the construction of ties, both are heard and welcomed the suffering brought by they. There fore, the present study identified that the family is an essential component in supporting the person in psychological distress when placed as a source of security and comfort, which contributes positively in the process of rehabilitation and reintegration of the subject ill. At this juncture, it is essential that the multidisciplinary team fits their care technologies and support to each family needs while preserving the uniqueness and the subjectivities of each family arrangement.

Keywords: Family, Mental Health Services, Professional practice.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Apresentação dos objetivos conforme as categorias analíticas	41
---	----

LISTA DE SIGLAS

- CAAE:** Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
- CAPS:** Centro de Atenção Psicossocial
- CAPS ad:** Centro de Atenção Álcool e Drogas
- CAPSi:** Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil
- CNS:** Conselho Nacional de Saúde
- DINSAM:** Divisão Nacional de Saúde Mental
- MTSM:** Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
- OPAS:** Organização Panamericana de Saúde
- PB:** Paraíba
- PNASH:** Plano Nacional de Avaliação do Serviço Hospitalar
- RAPS:** Rede de Atenção Psicossocial
- RP:** Reforma Psiquiátrica
- RPB:** Reforma Psiquiátrica Brasileira
- SRTs:** Serviços Residências Terapêuticos
- RS:** Reforma Sanitária
- SUS:** Sistema Único de Saúde
- TCLE:** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UFCG:** Universidade Federal de Campina Grande
- UPHG:** Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REVISÃO DA LITERATURA	19
3	MÉTODO	34
3.1	TIPO DE ESTUDO	34
3.2	CENÁRIO DA PESQUISA	34
3.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA	35
3.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	35
3.5	INSTRUMENTO DE COLETA DO MATERIAL EMPÍRICO	36
3.6	PROCEDIMENTOS PREVISTOS PARA A INSERÇÃO NO CAMPO E COLETA DO MATERIAL EMPÍRICO	36
3.7	ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO	37
3.8	ASPECTOS E PROCEDIMENTOS ÉTICOS ENVOLVENDO OS SUJEITOS	38
4	DISCUSSÃO DO MATERIAL EMPÍRICO	40
4.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	40
4.2	CATEGORIAS ANALÍTICAS	40
4.2.1	A FAMÍLIA ENQUANTO FERRAMENTA DE SUPORTE NO CUIDADO	41
4.2.2	FAMÍLIA E SERVIÇO: UM BINÔMIO GERADOR DE CONTRAPONTO	44
4.2.3	O CAPS E A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL: MOBILIZANDO ESTRATÉGIAS PARA INSERIR A FAMÍLIA	48
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
	REFERÊNCIAS	56
	APÊNDICES	61
	ANEXOS	66

1 Introdução



1 INTRODUÇÃO

Na contemporaneidade, o Brasil vivencia um conjunto de modificações e desafios no que diz respeito à área da saúde mental. Essas alterações estão fortemente centralizadas na transição de um sistema assistencial, que era limitado à protocolos convencionais, baseados na reclusão, discriminação e exclusão social do indivíduo em sofrimento mental, para uma realidade voltada à desinstitucionalização e ressocialização desses sujeitos, considerando a importância do contato com a família e com o convívio social enquanto elementos facilitadores desse processo (COSTA; GASPARINI; HILDEBRANDT, 2011).

Nesse sentido, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) originam-se como dispositivos substitutivos aos antigos serviços e instituições psiquiátricas. A atenção à saúde mental passa então a se consolidar na perspectiva dessas instituições, priorizando a oferta de uma assistência direcionada ao acolhimento dos usuários, intensificando a construção de laços destes com o seio familiar e comunitário, objetivando favorecer a liberdade e a condição de cidadão desses usuários (ARAÚJO et al, 2013).

Em consonância com as ideias supracitadas, Rosa (2011) afirma que na medida em que ocorrem as transformações advindas da Reforma Psiquiátrica (RP), o cuidado prestado aos indivíduos em sofrimento mental aponta também para a necessidade de responsabilização por parte dos familiares. Nessa perspectiva, há uma restituição do papel das famílias, subsidiando a certificação de reinserção social, gerenciamento das atividades do dia a dia, convivência com as manifestações da doença e muitas vezes como entidade mantenedora encarregada de assumir dispêndios.

Nessas circunstâncias, as vicissitudes cotidianas enfrentadas pela família no processo de adaptação ao surgimento da doença passam a ser repensadas. Ao longo desse movimento, as situações rotineiras se transformam, tendo o familiar de se privar de suas tarefas habituais e reorganizar as atividades de modo a não comprometer o cuidado do membro doente (BESSA; WAIDMAN, 2013).

Com o advento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a casa e a família do indivíduo em sofrimento mental, são qualificadas, muitas vezes, como lugares de cuidado e afeto, tornando-se componentes imprescindíveis no processo de reabilitação. Contudo, mesmo diante das adversidades envolvidas nesse processo, tais quais são observadas na sobrecarga emocional, desgaste físico, custos e despesas, é necessário que os profissionais de saúde, bem como todos os elementos envolvidos, reconheçam a importância da família enquanto

coadjuvante no cuidado e ofereçam auxílio e amparo, atenuando as dificuldades e preservando a qualidade de vida de todos (COSTA et al, 2014).

Os estudos de Costa et al (2014) e Colleti et al (2014) evidenciam que a psicose de um ente gera intensa sobrecarga familiar, elucidada pela desordem em sua estrutura e pela exacerbada demanda de cuidado. Além disso, ressaltam que os desgastes e eventos estressores produzem sentimentos negativos nos familiares, e mesmo estes sendo elementos fundamentais na assistência, também sofrem e são excluídos do processo de cuidado. Desse modo, reafirma-se a necessidade de recursos de apoio e preparo familiar na resolução das adversidades advindas da convivência com indivíduos em sofrimento psíquico.

Portanto, é nessa conjuntura que o amparo do profissional de saúde, a partir da rede serviços deve entrar em ação. É fundamental a colaboração com a exibição dos indicadores da doença (diagnóstico, etiologia, projeto terapêutico, indicações de resolubilidade, possibilidade de surto) a fim de aproximar o cuidador quanto à abordagem adequada às necessidades da pessoa a ser tratada. No entanto, a realidade encontrada distancia-se deste objetivo, visto que existem dificuldades para se inserir as famílias nos serviços, assim como orientá-las quanto ao enfrentamento e apoio no que tange às transformações essenciais ao cuidado (BESSA; WAIDMAN, 2013).

Nesse contexto, os estudos de Costa, Gasparini e Hildebrandt (2011) e Azevedo et al (2013) expressam o desafio que é aproximar a família dessas instituições. Contudo, estimular sua participação é um papel dos profissionais, pois, além de proporcionar a realização do cuidado de forma conjunta, também favorece a construção de um projeto terapêutico efetivo, privilegiando a integração do indivíduo no convívio familiar e social.

Destarte, as pesquisas de Cortes et al (2008) e Azevedo et al (2013) evidenciam que os profissionais de saúde do CAPS se encontram com a difícil tarefa de responsabilizar também os familiares pelo cuidado de seu ente, deixando de lado a concepção de que são apenas sujeitos passivos e observadores. Desse modo, os profissionais devem se preocupar com o contexto sociocultural no qual o sujeito e a família estão inseridos, moldando e distinguindo suas tecnologias de cuidado, a fim de lidar com as diferenças de cada realidade, além de promoverem ações específicas para cada uma das necessidades, resguardando a singularidade e a subjetividade da família, o que por vezes pode se apresentar como uma tarefa delicada, seja por despreparo ou por não reconhecerem verdadeiramente a importância do familiar no planejamento terapêutico.

Desse modo, ressalta-se que a escolha pela temática surgiu a partir da experiência positiva com o estágio curricular na disciplina Enfermagem em Psiquiatria, visto que

enquanto discente do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, o interesse por essa área de atuação, bem como pela assistência em saúde mental na rede de atenção básica, sobretudo, pelo CAPS, se fizeram presentes.

Mediante o exposto e a problemática em questão, o presente trabalho justifica-se pela necessidade de conhecer a concepção dos profissionais de saúde no que se refere ao reconhecimento da importância que a família exerce ou poderia exercer enquanto aliada da equipe de saúde no cuidar do ente em sofrimento psíquico e como facilitadora nas ações de saúde mental e de inserção social do indivíduo. Com isto, pretende-se discutir e ampliar a compreensão acerca da inclusão da família nas dimensões e propostas dos serviços, aqui representados pelos CAPS.

Frente ao conjunto de questionamentos envolvendo familiares e a pessoa em sofrimento psíquico, a presente investigação mostra sua relevância na medida em que contribuirá para alavancar pesquisas futuras, tendo em vista a dinamicidade e multiplicidade que permeia esta temática. A pesquisa em questão expressa ainda relevância social, visto que os resultados podem subsidiar modificações positivas no âmbito da realidade dos serviços de atenção psicossocial, no que diz respeito à sensibilização dos profissionais e às estratégias e ações utilizadas na perspectiva de incluir a família como coadjuvante nesse processo. Frente à magnitude da problemática, também é considerável expressar a importância da mesma, por servir de fonte para novas pesquisas que respaldem a sociedade, profissionais de saúde, líderes comunitários, docentes e discentes em discussões e reflexões pertinentes à temática abordada.

Destarte, o estudo em tela será conduzido pelas seguintes questões norteadoras: Como o profissional atuante no CAPS compreende a importância da família no cuidado do indivíduo em sofrimento psíquico que é acompanhado pelo serviço? Há dificuldade em inserir o familiar no planejamento terapêutico do indivíduo em sofrimento psíquico, sob o ponto de vista desses profissionais? Tais profissionais utilizam ou desenvolvem alguma estratégia voltada a sensibilizar e incluir o familiar enquanto aliado no cuidado ao usuário do CAPS?

Nesse enfoque a presente investigação traz enquanto objetivo geral: Compreender a importância da família no acompanhamento de indivíduos em sofrimento psíquico sob a visão de profissionais atuantes no CAPS e como objetivos específicos: Evidenciar como o profissional que atua no CAPS visualiza a importância da família no cuidado ao indivíduo em sofrimento psíquico; Revelar se há dificuldade em inserir o familiar no planejamento terapêutico do indivíduo em sofrimento psíquico; Verificar se os profissionais utilizam e/ou

desenvolvem alguma atividade ou estratégia voltada a sensibilizar e incluir o familiar enquanto aliado no cuidado ao usuário do CAPS.

2 Revisão da Literatura



Fonte: Google Imagens, 2016.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E SEU PAPEL NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

No decorrer da história, no século XVII, as pessoas com sofrimento psíquico foram designadas de loucos, doidos, dementes, mentecaptos, insanos, desassisados ou alienados mentais. Quando seus comportamentos eram considerados socialmente incômodos ou excessivamente perigosos, com frequência eram reclusos em cadeias públicas, em cômodos particulares, em enfermarias dos hospitais de caridade e em tempos mais recentes em manicômios e hospícios. Dessa forma, os removiam da sociedade com o intuito de colocar ordem na urbanização e disciplinar a sociedade. Portanto, a questão principal era o isolamento dos loucos, a fim de enclausurar e dominar sem prover de um tratamento terapêutico adequado (MACIEL, 2012).

Não havia critérios médicos para que uma pessoa com transtorno mental fosse internada, o instrumento era pautado na categoria político-social com base na identificação de problemas sociais como a incapacidade para o trabalho, uma vez que não se fazia viável o acúmulo de bens. Os doentes foram isolados da família e da sociedade com as menores condições de moradia, alimentação, higiene, em outras palavras sem o direito não só de viver, mas de viver com boa saúde (MACIEL, 2012).

Nesse contexto histórico, o isolamento social da loucura passou a ser uma regra regulamentadora de seu tratamento. Evidentemente, as consequências dessa medida foi o descaso das famílias, das comunidades e dos governantes para com as pessoas que apresentavam desajustes sociais. Isso gerou grande mobilidade de abandono dessas pessoas nos hospícios, que se transformaram em verdadeiros abrigos, cada vez mais abarrotados, de todos os tipos de excluídos sociais tornando-se um território dos horrores (SCHNEIDER et al, 2013).

Conforme Schneider et al (2013), o nascimento da psiquiatria no Brasil advém da chegada da família real portuguesa ao país, no ano de 1818. Foram construídos, nesta época, os primeiros asilos que atuavam como receptáculo de doentes, mendigos, delinquentes e criminosos, retirando-os do convívio social com o intuito de proteger a população contra a exorbitância da loucura. Sem nenhum desígnio de cura para aqueles acometidos de transtornos mentais, a alternativa viável era excluí-los do seio da sociedade para que esta não se sentisse amedrontada.

Só então, no século XIX, a loucura passou a ser foco de estudos científicos, dando início às pesquisas e tendo o termo “doença mental” com nova definição. Nesse sentido, a Psiquiatria tratou os doentes mentais, controlando a loucura por meio de medicações e práticas terapêuticas mais inovadas. A partir de então, a doença acaba requerendo técnicas específicas, próprias do saber médico, para ser diagnosticada. Contudo, a cura não é alcançada e o fracasso dos hospitais de longa permanência no que tange à ressocialização dos indivíduos em processo assistência da saúde, gera uma crise neste sistema, com questionamentos sobre a entrada da humanização na instituição psiquiátrica (MARTINS, 2013).

De acordo com Alves, Silva e Costa (2012), até o final da década de 1970, a organização da assistência psiquiátrica no Brasil girava em torno de construção de manicômios cada vez maiores e mais lucrativos sustentados por recursos públicos, superlotados, com péssima infraestrutura, com os pacientes submetidos a maus tratos, e pela obtenção de leitos em instituições privadas com internações em ampla proporção.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) tem seu marco inicial no final dos anos setenta, a partir da insatisfação da sociedade com registros de várias denúncias quanto à política brasileira de saúde mental em relação à política de privatização da assistência psiquiátrica por parte da previdência social, quanto às condições (públicas e privadas) de atendimento psiquiátrico à população criando condições favoráveis para a motivação da opinião pública e de certos políticos sobre as questões da atenção à saúde mental. (PITTA, 2011).

Ainda segundo Pitta (2011), em consonância com a RPB também havia o fervor e a participação política da Reforma Sanitária (RS) e do processo de democratização do país, trazendo os movimentos sociais com suas estratégias distintas e em todas as partes do país para modificar as políticas e instituições desumanas da saúde mental. Esse processo contou com a participação e o envolvimento de vários atores europeus em diversos cenários, que proviam em missões políticas com seus ideais reformistas trazendo informações e mobilizando principalmente os jovens a lutarem em defesa dos direitos dos indivíduos com enfermidades mentais. Nesse sentido é que se inicia o movimento da Luta Antimanicomial que nasce profundamente marcado pela ideia de defesa dos direitos humanos e de resgate da cidadania dos que carregam transtornos mentais.

Mas precisamente em 1978, ocorreu o primeiro passo na constituição do movimento da reforma, com a greve dos médicos ligados à Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) denunciando as precárias condições dos pacientes internados e dos profissionais de saúde nos hospitais geridos por este órgão do Ministério da Saúde. É esse evento que deu

origem ao movimento dos trabalhadores de saúde mental. Nessa perspectiva, autonomia torna-se a palavra chave da RPB, onde o indivíduo é visto como alguém capaz de organizar e tomar decisões acerca de seus próprios atos. (SCHNEIDER et al, 2013).

O percurso da reforma na história brasileira foi marcado pela noção de desinstitucionalização, inserindo-se num contexto político de grande relevância para a sociedade brasileira. Em termos políticos, a década de 1980 diz respeito à luta pela construção de um Estado verdadeiramente democrático, após 20 anos de ditadura militar. Com a mobilização dos mais diversos atores, como profissionais, familiares, militantes dos Direitos Humanos, prestadores públicos, sindicatos e associações, os movimentos sociais da Reforma ganham uma maior percepção, se intensificam travando seus mais ferrenhos inimigos. A ditadura militar, a não democracia, o interesse mercantil dos industriais da loucura, modelaram o cenário favorável ao surgimento de múltiplos focos de movimentos sociais em torno do sofrimento usuários de hospitais e manicômios em todo o país (PITTA, 2011).

Ainda na década de 80, no ano de 1987 acontece a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental com o desígnio de desinstitucionalizar, de desconstruir o modelo manicomial de assistência hospitalar. Ainda no mesmo outro acontecimento marca o processo da RP, foi o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental com o seguinte lema de movimentação “Por uma sociedade sem manicômios”. A seguir, em 1989, o deputado Paulo Delgado propôs um projeto de Lei que tinha como proposta a dissociação gradativa dos manicômios, assim como a criação de novos recursos de assistência fora dos hospitais (ROCHA, 2012).

Após a redemocratização no Brasil, por volta do ano de 1990, o país abraçou uma política de cuidados em saúde mental com base na Declaração de Caracas, produzida na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, convocada pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e realizada em Caracas. Sucintamente falando, essa Declaração institui a remodelação do sistema em uma atenção de base comunitária, com integralidade e continuidade do cuidado, incorporada à atenção primária em saúde, destituindo-se da utilização de instituições psiquiátricas e com o intuito de responsabilizar os países em estabelecer uma legislação que garantisse os direitos humanos das pessoas com saúde mental comprometida (ALVES; SILVA; COSTA, 2012).

Em seguida, ao final do ano de 1992, acontece em Brasília a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, com participação de diversos segmentos sociais. Teve como destaque o processo saúde/doença mental no que diz respeito ao modo de viver dos indivíduos, evidenciando suas origens e referências, fazendo valer a importância do direito à saúde e

cidadania, com a prestação de cuidados em todos os momentos da vida, tendo em vista que a atenção psicossocial que vem a substituir a clínica provém ao sujeito um cuidado singular, incluindo atenção à sua dimensão psíquica revelando sua subjetividade e criatividade incluindo a família, trabalho e o lazer na assistência quebrando os paradigmas da antiga psiquiatria (ROCHA, 2012).

De acordo com Pitta (2011) e Schneider et al (2013), em 6 de abril de 2001 o projeto do deputado Delgado vira a Lei 10.216, que atualmente está em vigor, e revoga a proteção aos direitos das pessoas em sofrimento psíquico sem qualquer forma de distinção. Esta lei detonou um processo de discussão em todo o Brasil sobre as formas mais adequadas de atenção em saúde mental, redirecionou o modelo assistencial para o tratamento preferencial em serviços comunitários com base na reinserção social e definiu os tipos de internação psiquiátrica. Desse modo, a promulgação da lei 10.216/2001 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É no contexto da promulgação da lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica (RP), passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade.

Somente com a Portaria nº 52/2004, o processo de remodelação da assistência foi permanentemente definido, a redução dos leitos hospitalares e progressiva substituição dos serviços extra-hospitalares como modo alternativo de assistência. O funcionamento teve como base a política de saúde mental do Sistema Único de Saúde - SUS, que a princípio se deteve a restrição dos leitos das instituições maiores, tendo em vista a realização anual de uma avaliação da qualidade do atendimento por meio do Plano Nacional de Avaliação do Serviço Hospitalar (PNASH). Nessa perspectiva, o hospital que não atende todos os quesitos exigidos, passam por uma fase de teste na qual em um determinado período de tempo necessita passar por ajustes dentro de todas as exigências, caso contrário à instituição precisa ser fechada (ROCHA, 2012).

Nesse ambiente, nasce em vários municípios do país, a rede de atenção comunitária em saúde mental como forma de serviço de substituição, claramente delineada: enfrentando do estigma; reorientando o modelo com garantia dos direitos e equidade de acesso; ajudando a diminuir as sobrecargas psicológicas, sociais e econômicas e a fim de ampliar o acesso e acompanhamento da população nos serviços (PITTA, 2011). Nessa conjuntura, remover os sujeitos do enclausuramento das instituições não se resume somente à reestruturação técnica, de serviços, de novas e modernas terapias, mas sim de um processo complexo pela compreensão do problema como base e princípio, de reconstruir a prática do conhecimento e

de estabelecer novas relações. Por isso, é acima de tudo, um processo ético, de exploração e definição do novo, de situações que produzam novos sujeitos e com novos direitos (AMARANTE; DIAZ, 2012).

Nesse contexto, o processo de desinstitucionalização de pessoas com enfermidades psíquicas e com histórico prolongado de internação hospitalar instigado pela RP, avançou significativamente, sobretudo através da instituição, pelo Ministério da Saúde, de dispositivos seguros para a redução de leitos no país e a expansão de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, dentre os quais se inserem a expansão de serviços substitutivos como os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e os Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT (ALMEIDA FILHO et al, 2015).

Assim, a Reforma Psiquiátrica Brasileira segue defendendo ações efetivas em rede na Atenção Básica, nos Ambulatórios Especializados, nos CAPS, nas Unidades Residenciais Transitórias, nos Serviços Residenciais Terapêuticos, nos leitos em Hospitais Gerais e nas pequenas enfermarias especializadas (ALVES; SILVA; COSTA, 2012). Defende ainda práticas intersetoriais de inclusão social no trabalho, na escola, nas artes, nos esportes, na cultura e a produção de chances de novos protagonismos sociais que ocupem o lugar das drogas nos projetos de vida dos usuários (PITTA, 2011).

De acordo com Martins e Mateus (2013), na atenção primária, a introdução da saúde mental é hodierna e ainda exordial nas grandes metrópoles. Portanto, é proposto que a atenção à saúde mental se integre junto com os princípios do SUS e também aconteça de forma descentralizada, articulada a todos os níveis de atenção a saúde, de maneira que o adoecimento mental seja tratado em suas peculiaridades e não de maneira única para qualquer indivíduo. Destarte, a política de saúde mental requer possibilitar a garantia de um cuidado ofertado por serviços substitutivos a usuários que antes eram destituídos da própria identidade, e privados de seus direitos mais básicos de liberdade. A reabilitação não se mostra mais pautada na omissão dos sintomas, mas com o objetivo de enriquecer a existência da pessoa de forma concreta.

Visto as modificações no campo da saúde mental, a partir da criação dos serviços substitutivos no Brasil foi necessário ocorrerem, de forma gradual, mudanças nas ferramentas de relações entre o profissional e o objeto de trabalho, tendo em vista que o indivíduo passa a ser mais importante que a doença, de acordo com a reformulação da assistência. Nesse contexto, aflora a necessidade de avaliação e inserção de uma nova configuração de produção de cuidados à pessoa com transtorno mental e no processo de organização dos serviços

especializados e não especializados em saúde mental, que também fazem parte da rede de assistência em saúde (ALMEIDA FILHO et al, 2015).

Embora confrontados obstáculos e contratemplos no cenário da RP, não há mais possibilidade de um eventual afastamento ou retrocesso desse movimento, devido referir-se a um processo social e dinâmico da história brasileira que já conquistou o sentido do novo. Contudo, está ocorrendo um significativo embate entre as propostas da reforma psiquiátrica e o advento ou conservação do doente mental na família. O indivíduo com sofrimento psíquico está sendo entregue à família sem o devido conhecimento de suas reais necessidades e condições, em termos materiais, psicossociais, de saúde e de qualidade de vida, e tem como consequência a descontinuidade da assistência no lar (MACIEL, 2012).

Ainda assim, as atividades da reforma psiquiátrica reificam uma inovação no delineamento ético, que infere no respeito às diferenças e o resguardo da identidade e da cidadania, com participação ativa da comunidade, dos familiares e dos profissionais no tratamento da doença mental. Isso implica na necessidade construção de uma nova cultura que compreenda a loucura, não como tolerância, mas, como prática da aceitação de uma condição inerente ao ser humano. Portanto, a RP veio para instituir um atendimento abrangente, ultrapassando as fronteiras da saúde, de modo a permitir que o indivíduo possa viver melhor e exercer alguma função na sociedade, com possibilidades de trabalho, moradia e lazer (ROCHA, 2012).

2.2 O CAPS E SUA RESSONÂNCIA NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

Pode-se observar que a saúde mental atualmente é fruto de grandes transformações e lutas que o movimento político da reforma psiquiátrica trouxe para o cenário brasileiro, mudando o modelo hospitalocêntrico que antes era implantado e trazendo de forma progressiva o cuidado humanizado, visando, entre tudo, a melhor condição de vida desse paciente e não somente o tratamento de sua enfermidade mental (MIELKE et al, 2011).

Tendo em vista o princípio básico que constitui o SUS, que a saúde é direito de todos e dever do estado, devemos ter consciência de que pessoas acometidas por transtornos mentais também se enquadram nessa órbita, e ter suas necessidades de cuidados trabalhadas em sua individualidade é um dever para todos os envolvidos deste processo. Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica vem para garantir que esses usuários de saúde mental tenham uma atenção integral a saúde (NASCIMENTO; SCORSOLINI-COMIN; PERES, 2013).

No nosso país, algumas das propostas da Política Nacional de Saúde Mental, concentram-se na qualificação, ampliação e consolidação da rede extra-hospitalar de serviços, como: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG). Nesse contexto, destaca-se a inclusão das ações da saúde mental na atenção básica e a reinserção social de pacientes longamente institucionalizados na família e na comunidade, além da Reabilitação Psicossocial (CARDOSO; GALERA, 2011).

Nos dias atuais, é implementado nos serviços de saúde mental o cuidado voltado para o indivíduo e suas necessidades físicas e mentais, tirando o foco do tratamento voltado exclusivamente em tratar seu problema, enfatizando a transformação desse indivíduo no mais letárgico possível, evitando problemas e desajustes familiares e sociais. Nessa perspectiva, o eixo central da estratégia de desinstitucionalização da assistência em saúde mental no Brasil se encontra na implantação dos CAPS-Centro de Atenção Psicossocial. O CAPS é o serviço substitutivo que compreende e engloba o indivíduo como um todo e que provém de atendimento diferenciado, que de acordo com a Portaria/GM nº 336 - de 19 de fevereiro de 2002, presta assistência individualizada e em grupo, oficinas terapêuticas, atendimento familiar, visitas domiciliares, atividades comunitárias que visam a integração social do indivíduo, dispor de equipe multiprofissional, entre outros. Todos esses elementos que fazem parte da dinâmica do CAPS trilham para formação de um elo entre a família, a sociedade e o próprio usuário, promovendo sua autonomia e reinserção social. (MIELKE et al, 2011)

Com a substituição dos hospitais psiquiátricos, o número de implantações de CAPS em todo Brasil teve um grande aumento, sendo este um grande avanço na saúde mental do país, mostrando a importância de mudar o modo de assistência que é ofertado aos portadores de transtornos mentais. (SILVA et al, 2015)

Em sua maioria, os CAPS funcionam como estrutura física, sendo implementado em áreas de comunidades, visando contar com o acolhimento da população e familiares desses usuários que farão parte desse serviço, podendo assim melhorar o seu funcionamento e ajudar os usuários a se adaptarem a novas rotinas, assim como devem também firmar parceria com a rede básica de saúde da localidade, para manter o acompanhamento do usuário o mais completo possível (NASCIMENTO; SCORSOLINI-COMIN; PERES, 2013).

O CAPS carece de capacitação para o acompanhamento e evolução dos seus usuários de forma intensiva, além de centralizarem a organização da rede comunitária de cuidados em saúde mental, de modo a desenvolver programas terapêuticos que sirvam de apoio para o tratamento dos mesmos. Tal cuidado é cotidiano e envolve uma demanda de atenção nem

sempre prontamente assistida devido a inúmeras dificuldades vivenciadas tanto pelos pacientes e seus familiares, quanto pelos profissionais e a sociedade em geral. Desse modo, o CAPS deve ser dotado de equipes preparadas e de supervisão dos serviços e programas em seu âmbito, requerendo a fundamental colaboração do trabalho em equipe (CARDOSO; GALERA, 2011).

Buscando envolver mais a usuário em sua comunidade, os profissionais dos CAPS tentam trazer a participação da família e da comunidade na vida dessas pessoas, para que assim possa quebrar o estigma de que indivíduos com problemas mentais são perigosos e inúteis, fazendo-se entender que seus sintomas são parte deles que não podem ser retirados, mas que pode ser aprendido a conviver com eles, transformando assim o usuário como cidadão e indivíduo capacitado ao convívio social (SILVA et al, 2015).

Pois, dessa maneira, trazendo esses familiares e a comunidade para o convívio da rotina que os usuários do CAPS realizam, faz com que conceitos e estereótipos sejam mudados, desmistificando que pessoas com transtorno mental devem ser internadas e mostrando que com a ajuda correta esses indivíduos podem ser preparados até para o mercado de trabalho, quebrando assim preconceitos que são desenvolvidos e levados a diante sobre pessoas em sofrimento mental (NASCIMENTO; SCORSOLINI-COMIN; PERES, 2013).

E no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) vem para garantir que essas pessoas portadoras de transtornos mentais possam usufruir de seus direitos enquanto cidadãos e circulem livremente entre os serviços de saúde pela sua comunidade e pela sua cidade, visando um atendimento integral e humanizado, fazendo com que esse indivíduo sinta-se acolhido por esses sistemas, onde esse vínculo vai proporcionar uma segurança para esse usuário abrindo caminho para um maior acesso dessa população nos serviços de atenção psicossocial (NÓBREGA; SILVA; SENA; 2016).

O acolhimento integral e humanizado, e a construção de vínculo entre os participantes dos serviços de saúde acabam sendo de fundamental importância não só para um cuidado eficiente e de qualidade, mas como meio de incentivo para que o usuário e até mesmo sua família e a comunidade procurem a ajuda desses serviços, onde os profissionais são qualificados, respeitando sempre a integralidade do paciente, tendo uma escuta qualificada e um cuidado visando responsabilidade e ética (NÓBREGA; SILVA; SENA; 2016).

O tratamento e a instituição do cuidado deixam de significar apenas a prescrição de medicamentos, a aplicação de terapias, para tornar-se um ocupar-se do cotidiano, do tempo, do espaço, do trabalho, do lazer, do ócio, do prazer, do sair, da organização de uma atividade conjunta quando o foco do cuidado se desloca da doença para o sujeito em sofrimento. Mudar

a forma de tratar os portadores de transtornos mentais é o melhor modo de abrir portas para a construção de uma vida mais independente e prazerosa para essas pessoas, quando os profissionais de saúde juntamente com a sociedade e a família visam proporcionar uma reintegração social desse indivíduo em sua comunidade, ele se torna o protagonista de sua vida e não mais o refém de sua doença (MIELKE et al, 2011).

Sendo necessário que os profissionais que trabalhem com saúde mental, principalmente os que exercem função no CAPS, saibam cuidar dos usuários de uma forma mais ampla, capacitados para lidarem com diferentes histórias de vida, onde para isso é necessária uma equipe multiprofissional que possam englobar, com diferentes tratamentos, cada paciente com suas individualidades podendo assim compreender o sofrimento de cada indivíduo (SILVA et al, 2015).

A construção da autonomia do usuário passa a ser o foco na atenção prestada pelo CAPS, como proposta de reabilitação psicossocial, onde todas as ações criadas e desenvolvidas pelos profissionais para com os usuários visam promover a participação não só deles, mas também de suas famílias (MIELKE et al, 2011).

Para tanto a atuação do CAPS só é efetivada quando existe o comprometimento e a colaboração de uma rede de saúde, educação e assistência social qualificada, respeitando as ações propostas pelo CAPS, juntamente com o apoio da comunidade em que esse serviço é implementado e com a participação conjunta da família, pois como cidadão com direito a exercer seu papel na sociedade, é de responsabilidade de todos reingressar esse usuário no convívio social, possibilitando sua entrada no mercado de trabalho, proporcionando assim uma qualidade de vida melhor e uma fonte de renda para essa família (SILVA et al, 2015).

Outro dos objetivos do CAPS é incentivar as famílias a participarem de modo efetivo no cotidiano dos serviços. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas muito importantes para o trabalho o cuidado do serviço. Os familiares devem participar dos CAPS, não somente incentivando o usuário a se envolver no projeto terapêutico, mas também participando diretamente das atividades do serviço, tanto internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. Desse modo, o CAPS considera a família como forte parceira no tratamento e processo de reabilitação (ALVES; SILVA; COSTA, 2012).

De acordo com Pande e Amarante (2011) muitos são os relatos que apontam avanços importantes quanto à assistência prestada aos usuários no CAPS, quando comparada com o tratamento do hospital psiquiátrico. Observou-se a diminuição do tempo e da frequência das internações na maioria das falas, apontando para um serviço que prescinde gradativamente do

recurso manicomial. Encontraram-se também, em muitos relatos, a boa qualidade dos serviços prestados no CAPS, relações menos hierarquizadas entre os técnicos e os usuários e familiares, entre outras características que indicam transformação do modelo assistencial em relação ao tradicional.

Nessa conjuntura, Rocha (2012) destaca os tipos de CAPS e suas finalidades, quanto ao público, ao atendimento e a abrangência populacional, distinguindo-se pelos portes I, II e III. Dessa forma, os CAPS I e II atendem portadores de transtornos mentais severos e persistentes e diferem pelo grau crescente de complexidade e abrangência populacional. O CAPS III tem como característica o atendimento 24 horas e por possuir leitos para internação, destinados à receber usuários em período noturno, incluindo feriados e finais de semana. Ainda nesse contexto, estão inseridos os CAPSi e o CAPSad diferenciando-se dos demais por atender entre os tipos de problemas de saúde enfrentados nas diferentes etapas de vida. O CAPSi é direcionado à um público formado por crianças e adolescentes em municípios com elevada população, já o CAPSad atende um público com problemas de dependência química (álcool e outras drogas).

Assim, nesse novo ambiente de cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico, o processo da Reforma Psiquiátrica implica ultrapassar e transcender os muros do manicômio, vislumbrando a importância dos sujeitos, sua singularidade e particularidades, favorecendo a prática da sua autonomia e autocuidado no processo de reabilitação, dentro da própria sociedade, mais precisamente no seio familiar. Percebe-se, portanto, que a proposta do CAPS, objetivada pelas Portarias Ministeriais e Leis Federais, amplia e humaniza os horizontes da visão sanitária e propõe a desconstrução das instituições manicomial, além da implementação da melhoria da qualidade de vida a partir da reinserção social do sujeito em sofrimento psíquico na comunidade (NÓBREGA; SILVA; SENA; 2016).

Por fim, Pande e Amarante (2011) enfatizam a importância do CAPS em utilizar, estratégias e recursos existentes dentro de sua própria realidade local, com o intuito de não se centrar exclusivamente nas atividades ou ações próprias do serviço, favorecendo o exercício da autonomia dos usuários, indo contra o risco da produção de uma nova cronicidade da problemática ou de uma possível reinstitucionalização. Os autores também ressaltam a importância do reconhecimento por parte dos profissionais e gestores acerca da minimização dos problemas, além da consciência a respeito das mudanças necessárias para transformar o modelo de atenção à saúde mental no nosso país.

2.3 A FAMÍLIA E SEU POTENCIAL DE CUIDADO FRENTE AO SOFRIMENTO PSÍQUICO

Por muitos anos, as pessoas acometidas por problemas mentais foram mantidas de modo excludente, a margem da sociedade e sempre carregando o estigma de perigoso e que oferecia riscos à sociedade, ficando enclausurado nos hospícios, isolados até mesmo do seio familiar. Com este tipo de prática, não havia papel de destaque nas práticas de cuidado em saúde mental, a não ser como mais uma parte da sociedade a ser resguardada do convívio negativo com a loucura (MARTINS, 2013).

Assim, com a reforma psiquiátrica instituída por este movimento a partir da segunda metade do século XX, foram denunciadas as condições muitas vezes subumanas em que eram atendidos os portadores de transtornos mentais, possibilitando seu retorno ao seio da família e da sociedade. Desse modo, a desinstitucionalização prevista na reforma psiquiátrica implica ampliar o conceito de cidadania, no sentido de admitir a pluralidade dos sujeitos, com suas diferenças e diversidades, colocando-os no mesmo escalão de social e oferecendo-lhes o direito concreto ao cuidado, para que possam receber ajuda em seu sofrimento, levando em consideração suas potencialidades e possibilidades enquanto sujeito de propósitos (COLLETTI et al, 2014).

A família é um dos fatores fundamentais para a construção de uma sociedade estruturada, saudável e equilibrada. Ela continua sendo sem dúvida a base dessa estruturação, sendo um fator automaticamente ímpar. É uma unidade social complexa e fundamental para o processo de viver de todo ser humano, concretizando-se por meio da convivência, de forma dinâmica e singular. A família, portanto, necessita ser considerada como protagonista indispensável para a efetividade de cuidados com seus membros e entendida como um grupo com grande potencial de acolhimento e socialização de seus integrantes (COSTA et al, 2014).

Diante da história, a família foi excluída do tratamento dos seus familiares com transtorno mental, pelo fato destes encontrarem-se isolados nas instituições psiquiátricas situadas em localizações distantes do seu ambiente familiar, prejudicando, conseqüentemente, o acesso a essas instituições. Com o passar do tempo, vários foram os motivos de afastamento das famílias de seus entes enfermos, a exemplo da vergonha por ter um ser acometido pela loucura em seu meio, por ser considerada causadora da doença, pela persuasão social em manter o isolamento. Esse distanciamento social e familiar como forma de tratamento causou profundas cicatrizes na assistência psiquiátrica refletindo principalmente na convivência em família (MARTINS, 2013).

De acordo com a transformação da ideia de saúde mental, bem como com a modificação dos serviços, a família e sua função no cuidado de seus entes enfermos ganha um importante destaque acerca das discussões no que diz respeito à reabilitação do sujeito. Nos dias atuais, tem-se procurado introduzi-la como cooperadora no processo de Reabilitação Psicossocial do sujeito em sofrimento psíquico, contribuindo para a efetivação e resolutividade dos serviços substitutivos como corresponsáveis pelo cuidado (COSTA et al, 2014).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira serviu de subsídio de colaboração na forma de configurar e perceber a família no contexto do cuidado em Saúde Mental. Conforme a reformulação da assistência psiquiátrica, a unidade familiar assume um importante papel no cuidado e ressocialização dos sujeitos em sofrimento psíquico. Consequentemente, aumentaram as exigências do compromisso da família no cuidado ao seu familiar adoecido, modificando, consideravelmente, sua trajetória neste processo. Portanto, se faz necessário desvendar o universo familiar e como seus integrantes reagem e convivem com o sofrimento psíquico (NASCIMENTO et al, 2016).

Ainda segundo o mesmo autor, adoecer é uma eventualidade imprevisível que gera, na maioria das vezes, desorganização no funcionamento das atividades de uma família. No que diz respeito aos transtornos mentais, as pessoas acometidas por doenças dessa categoria, se deparam com seu desempenho atrelado a dificuldade em função dos sinais e sintomas que apresentam. Em consonância, esse problema acaba gerando entraves e preconceitos no meio social e até mesmo no lar, dentro da própria família. Portanto, a reinserção dessas pessoas no convívio social acaba sendo uma tarefa complicada, tanto pelo fato de o doente ser alvo de diversas críticas e julgamentos, quanto pela sobrecarga física e emocional que acomete cuidadores, bem como a dificuldade em direcionar o cuidado.

O cuidado passa a ser uma necessidade diária devido às condições em que o paciente se encontra, dessa forma o ato de cuidar está presente na convivência com a pessoa em sofrimento psíquico. Torna-se imprescindível que a família seja estimulada a remodelar, quando necessário, sua visão e pensamento frente às diversas situações e problemas que possam surgir, cuidando do familiar e visando favorecer a convivência de modo a permitir sua inserção no meio familiar. A conscientização da família sobre a influência da sua atuação no cuidado do sujeito é indispensável para a assistência eficaz. Nesse caso, deve-se, para tanto, conhecer um pouco mais sobre os obstáculos nas suas relações familiares, sociais e profissionais. É fundamental ainda que a família compreenda e acolha algumas dificuldades, trabalhando a rejeição, o estigma e o preconceito (COSTA et al, 2014).

Vale salientar que, a convivência com um indivíduo com transtorno mental acarreta um custo adicional que vai além das limitações em oportunidade de emprego, lazer e descanso aos cuidadores. Essa condição aponta para a possibilidade desses cuidadores estarem acumulando papéis na composição familiar o que pode ocasionar sobrecarga. Mesmo diante das dificuldades encontradas no processo de cuidado: financeiras, organizacionais e afetivas, a família também necessita de inclusão na assistência e apoio dos profissionais de saúde, evitando desse modo, a sobrecarga nos cuidados, além de desgaste emocional (MARTINS, 2013).

Dessa forma, a família, considerada elemento basilar do sujeito, também sofre e é excluída do processo de cuidado. Portanto, não podemos desconsiderar que o indivíduo portador de transtorno psíquico não é o único a ser afetado, é necessário entender que isto não é um acontecimento isolado, pois ambos são seres sociais. A sobrecarga familiar e a necessidade de rearranjos mediante o sofrimento psíquico já foram evidenciadas e carecem de ser considerados no contexto dos CAPS. Contudo, o que se constata é que a família ainda não está preparada para arcar com a responsabilidade do tratamento e assumir esse novo papel (MACIEL, 2012).

Para Fernandes et al (2012), a falta de orientação às famílias pode gerar conflitos e descompassos entre o indivíduo e a própria dinâmica familiar, acarretando prejuízos no processo de reintegração. A inserção da família é um elemento indispensável para a reabilitação do indivíduo, quando se pensa o redirecionamento da assistência em saúde mental, a família como se propõe, deve ser considerada como unidade cuidadora e de cuidado. No entanto, as famílias demonstram bastante apreensão por não terem as condições necessárias para garantir a permanência do seu parente em domicílio, sendo acompanhados em serviços comunitários abertos. Desta forma, os novos serviços devem apresentar em sua grade e atividades, trabalho voltado às famílias, de forma a recuperar e/ou intensificar os laços afetivos entre família e usuário.

Nesse sentido, com o intuito de minimizar as dificuldades existentes na convivência familiar com a pessoa em sofrimento mental, e de envolver esta família no tratamento, torna-se indispensável compreender a necessidade do enfrentamento de questões expressadas por estes, já que é perceptível que os mesmos necessitam de esclarecimento a respeito de sua patologia. As relações e os acontecimentos do serviço se estendem até o domicílio, a fim de oferecer suporte e monitoramentos às ações desenvolvidas pela família para com o usuário. Nesta abordagem, as visitas domiciliares compreendem e revelam uma forte estratégia a ser

desenvolvida pelo serviço na família, ou seja, um sistema de apoio, podendo ser também uma alternativa de cuidar do grupo familiar (NASCIMENTO et al, 2016).

Por fim, elucida-se que para a existência de uma autêntica reabilitação psicossocial é necessário à atuação de outros atores sociais, além da família, do usuário e do profissional. Também são necessárias políticas públicas direcionadas para a promoção da saúde mental, como é indispensável exaurir a prática institucional e o imaginário da incapacidade do louco, de forma a dar continuidade ao que foi proposto pela Reforma Psiquiátrica (FERNANDES et al, 2012).

3 Método



re: Google Imagens, 2016.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa exploratória-descritiva de abordagem qualitativa, visto que permite a investigação de grupos e fragmentos definidos, relações e análise de discurso (MINAYO, 2010).

A aplicação fundamental e indispensável dos estudos exploratórios está no desenvolvimento, elucidação e transformação de concepções e ideias a partir de elaboração de problemáticas com mais exatidão ou pressupostos para estudos subsequentes. Com o objetivo de obter visualização e aproximação de um fato estabelecido, esse tipo de estudo é selecionado sobretudo quando o tema em questão é pouco popular e explorado (GIL, 2008).

Dentre as especificidades das pesquisas descritivas, esse estudo se enquadra nas investigações que tem por objetivo sondar opiniões, crenças e atitudes de um determinado grupo, assim como descrever características e identificar possíveis relações entre variáveis (GIL, 2008). As pesquisas descritivas simultaneamente com as exploratórias, são as mais realizadas por pesquisadores e as mais solicitadas por instituições educacionais (GIL, 2008).

Em se tratando da abordagem qualitativa, Minayo (2010) aponta que a mesma tem fundamentação teórica e permite a elaboração de novos questionamentos, reavaliações e conceitos durante a análise. Nesse sentido, a abordagem em tela possibilita revelar parâmetros sociais pouco ou não conhecidos, relativos a grupos exclusivos, favorecendo a composição de outras hipóteses, variáveis e indicadores qualitativos.

3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido no Centro de Atenção Psicossocial - Sebastião Paulo de Sousa (CAPS I), localizado na Rua Antônio André da Silva, nº 17, bairro São José, no município de Cuité-PB, situada na microrregião Curimataú Ocidental da Paraíba. A escolha pelo local justificou-se por ser referência na região em assistência à indivíduos em sofrimento psíquico e por contar com um quadro diversificado de profissionais, proporcionando um número de sujeitos suficiente para a pesquisa.

Segundo informações obtidas com a enfermeira do serviço¹, o CAPS foi implantado em 05 de novembro de 2011 e possui cerca de 780 usuários cadastrados, dentre eles crianças, adolescentes e adultos, onde 28 desses comparecem diariamente. O CAPS funciona no período das 08:00 às 16:00 horas e dispõe de serviços como acolhimento, consultas de enfermagem e consultas médicas, além do atendimento com a psicóloga e assistente social, oficinas terapêuticas, rodas de conversa, aulas de alfabetização, práticas de esportes e atualmente conta com a parceria da UFCG por meio de um Projeto de Extensão chamado “O desabrochar de si: a terapia comunitária integrativa no centro de atenção psicossocial”, que desenvolve rodas de Terapia Comunitária Integrativa (TCI). A instituição oferece ainda aos usuários três refeições diárias, dentre elas café da manhã, almoço e lanche da tarde, além de espaço adaptado para repouso.

A equipe multiprofissional conta com psicólogo, médico psiquiatra, enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente social, pedagogo, oficinheiros, auxiliar de serviços gerais e cozinheira, os quais permanecem no serviço por todo horário de funcionamento.

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Fizeram parte desse estudo, os profissionais em pleno exercício de seus ofícios e que atuavam no serviço de saúde mental do CAPS – Cuité. Os sujeitos da pesquisa foram representados por todos os profissionais de ensino superior que compunham o quadro de funcionários da instituição, conforme os critérios de inclusão e exclusão elencados. Desse modo, participaram do estudo 07 profissionais do referido centro.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Fizeram parte da pesquisa os participantes que se enquadraram nos seguintes critérios de inclusão: profissionais de ambos os sexos, que atuavam no serviço há pelo menos dois meses. Foram excluídos da investigação os profissionais sem ensino superior completo e os que no momento da coleta estavam em pleno gozo de suas férias ou afastados temporariamente do serviço por quaisquer motivos.

¹Entrevista concedida por PEREIRA, Rénea Kalayle Lima. **Entrevista I.** Entrevistador: Thaila Carla Freire de Oliveira. Cuité, 2016. 1 arquivo .mp3 (duração da entrevista. Ex.: 10 min.)

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DO MATERIAL EMPÍRICO

O material empírico foi coletado por intermédio de um roteiro de entrevista semiestruturada (APÊNDICE A). Cabe destacar que as entrevistas foram apropriadamente registradas com o auxílio de um aparelho gravador mp3 player e transcritas logo em seguida para que fosse mantida a autenticidade e precisão das respostas. Além disso, também foi utilizado um caderno de campo para as anotações sobre questões relevantes que foram observadas pela investigadora e definidas pelo participante. A entrevista procedeu em ambiente tranquilo e favorável à particularidade e singularidade das respostas dos entrevistados.

Nesse contexto, Minayo (2010) ressalta que para a realização de uma entrevista, o pesquisador precisa valorizar a participação do investigador e respeitar a naturalidade do pensamento e das respostas do informante, o que se torna imprescindível nas investigações de enfoque qualitativo.

O instrumento de coleta de dados foi composto por duas seções, a primeira constituída de perguntas referentes à identificação e caracterização do entrevistado (nome, gênero, idade, estado civil, escolaridade e ocupação), e a segunda por perguntas subjetivas previamente formuladas a partir das questões norteadoras, buscando atingir os objetivos do estudo.

3.6 PROCEDIMENTOS PREVISTOS PARA A INSERÇÃO NO CAMPO E COLETA DO MATERIAL EMPÍRICO

Para a realização das etapas referentes à coleta do material empírico foi necessário o contato com a direção ou coordenação do CAPS de Cuité, juntamente com apresentação da proposta e os objetivos do estudo, evidenciando o devido fim da pesquisa. Após autorização do responsável pela instituição, o projeto foi enviado para a Plataforma Brasil e submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, a fim de obter aprovação para a instrumentalização do estudo.

Por conseguinte, a pesquisa foi realizada a partir de encontros previamente estabelecidos com os participantes, com horários firmados e definidos dentro das possibilidades de cada um, considerando a sugestão de um ambiente propício para a comodidade dos mesmos, bem como para preservação do sigilo e individualidade dos entrevistados.

Desse modo, o procedimento de realização das entrevistas se deu inicialmente pela familiarização e comunicação com os profissionais, expondo os objetivos da pesquisa, além da apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O participante teve a liberdade de participar voluntariamente da investigação, assim como de se ausentar de qualquer etapa sem sofrer penalização ou prejuízo pessoal, profissional ou financeiro. As assinaturas do TCLE foram resgatadas em duas vias, sendo uma via para o entrevistado e a outra para a pesquisadora. Após a anuência do profissional participante e coleta de todas as assinaturas do TCLE, as entrevistas foram iniciadas.

3.7 ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO

Para análise do material empírico, foi utilizada a técnica de análise temática de conteúdo, metodologia de importância para as ciências, proposta por Bardin (2011). Esse método é tido como um conjunto de estratégias de exploração e interpretação de dados que utiliza o ato de descrever especificamente os elementos relevantes de um relato, com base na inferência.

Nessa técnica existe a atribuição de classificação de investigação com descrição objetiva, sistemática e quantitativa de conteúdo de diálogos a fim de promover interpretação de dados. Dessa forma, a análise de conteúdo permite o estudo dos fenômenos sociais atrelados a um objeto, bem como suas interações e formulação de hipóteses. Ainda permite a análise do fenômeno em profundidade, elencando as subjetividades, suas relações, bem como interlocuções na malha social (BARDIN, 2011).

Na realização da análise do conteúdo fez-se necessário a organização temporal dos dados dentro das três fases seguintes: pré-análise, exploração do material, o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação dos resultados. A pré-análise é a fase de organização do material, de operacionalização das ideias no desenvolvimento do plano de análise, a partir da leitura “flutuante” e formulação de hipóteses acerca da interpretação final.

Em seguida é contemplada a fase descrita como a mais longa: a exploração do material. Essa fase consiste na análise propriamente dita e na codificação dos dados de acordo com regras previamente formuladas. Por fim, o tratamento dos resultados, como última etapa do processo, constitui o processamento das informações analisadas, onde os resultados são submetidos a operações estatísticas e testes de validação. Nesse processo, o pesquisador ainda deve interpretar os resultados com base na inferência e contrastar com a temática a fim de obter novas evidências (BARDIN, 2011).

Ao final dessas etapas foram elaboradas as seguintes categorias: “A família enquanto ferramenta de suporte no cuidado”, “Família e serviço: um binômio gerador de contrapontos” formado pelas seguintes subcategorias – ‘Sensibilizando a família resistente ao cuidado’, ‘Potencializando a característica participativa da família’ e “O CAPS e a equipe multiprofissional: mobilizando estratégias para inserir a família”.

3.8 ASPECTOS E PROCEDIMENTOS ÉTICOS ENVOLVENDO OS SUJEITOS

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com os aspectos éticos relacionados às normas constantes na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que visa à certificação dos direitos e deveres referentes aos participantes do estudo, à comunidade científica e ao Estado. Tendo em vista que se trata de uma pesquisa que envolve seres humanos, foi, portanto, submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa para que posteriormente fossem iniciadas as etapas inerentes à coleta do material empírico (BRASIL, 2012).

Para fins de comprovação, a pesquisa foi analisada e aprovada pelo CEP com número de CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 56182716.1.0000.5182 e número do parecer: 1.638.189.)

Para cumprimento dos requisitos éticos também foi necessária a solicitação, aos participantes, da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) de modo a respeitar a participação voluntária dos entrevistados, cabendo aos mesmos a segurança e o direito de desistir em qualquer uma das etapas da coleta, sem risco de qualquer penalização.

Ainda sob a necessidade de sigilo e anonimato das questões e dos participantes e mediante a referida resolução, foi necessário a utilização de resquícios de garantia de preservação da privacidade, empregando a exclusividade das informações coletadas para a pesquisa em questão, assim como garantia do anonimato do entrevistado. Nesse sentido, utilizou-se a letra “P” de “Profissional” seguida do número sequencial de realização da entrevista.

4 *Análise e Discussão do Material Empírico*



te: Google Imagens, 2016.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Os sujeitos desta pesquisa foram caracterizados de acordo com as questões propostas no roteiro de entrevista semiestruturado, sendo representados por profissionais atuantes no CAPS I – Cuité. Quanto aos resultados, foi encontrado um perfil de trabalhadores em sua maioria do sexo feminino e as faixas etárias predominantes predizem um perfil adulto e adulto jovem. Fizeram parte do estudo 07 profissionais de nível superior, com faixa etária entre 26 e 44 anos, sendo 05 do sexo feminino e 02 do sexo masculino, com formações das mais diversas áreas e com tempo de atuação no serviço de saúde mental de até 4 anos.

Analisou-se o conteúdo das falas dos participantes da pesquisa e depois de sucessivas leituras do material transcrito, efetuou-se uma apreensão global dos conteúdos e, posteriormente, foram identificados os temas suscitados nas entrevistas.

4.2 CATEGORIAS ANALÍTICAS

A análise e discussão dos resultados têm a finalidade de alcançar os objetivos propostos na pesquisa. De acordo com a metodologia que direcionou este estudo, os resultados alcançados foram apresentados inicialmente utilizando materiais exploratório-descritivos com abordagem qualitativa.

A obtenção do material empírico ocorreu no mês de agosto de 2016. O quadro a seguir apresenta os objetivos propostos inicialmente e as categorias analíticas elaboradas a partir das falas dos entrevistados que responderão àquele questionamento investigativo. Após as entrevistas coletadas e a partir das falas dos sujeitos, houve a composição e análise do material, sendo delineadas três categorias: *“A família enquanto ferramenta de suporte no cuidado”*, *“Família e serviço: um binômio gerador de contrapontos”* e *“O CAPS e a equipe multiprofissional: mobilizando estratégias para inserir a família”*.

Quadro 1 - Apresentação dos objetivos conforme as categorias analíticas

Objetivos	Categorias e Subcategorias
1. Evidenciar como o profissional que atua no CAPS visualiza a importância da família no cuidado ao indivíduo em sofrimento psíquico;	<ul style="list-style-type: none"> • CATEGORIA 1: A família enquanto ferramenta de suporte no cuidado
2. Revelar se há dificuldade em inserir o familiar no planejamento terapêutico do indivíduo em sofrimento psíquico;	<ul style="list-style-type: none"> • CATEGORIA 2: Família e serviço: um binômio gerador de contrapontos ✓ 2.1 Sensibilizando a família resistente ao cuidado ✓ 2.2 Potencializando a característica participativa da família
3. Verificar se os profissionais utilizam e/ou desenvolvem alguma atividade ou estratégia voltada a sensibilizar e incluir o familiar enquanto aliado no cuidado ao usuário do CAPS.	<ul style="list-style-type: none"> • CATEGORIA 3: O CAPS e a equipe multiprofissional: mobilizando estratégias para inserir a família

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

4.2.1 A família enquanto ferramenta de suporte no cuidado

A maioria dos indivíduos, precisam da presença da família no dia a dia. Quando se vivencia algum sofrimento, faz-se necessário o apoio e carinho resgatados dos parentes, amigos para conseguir superar todas as complexidades da vida, sendo então a família uma importante e indispensável fonte de suporte. Nesse sentido, Costa et al (2014) ressaltam que a família é primordial na disponibilização de elementos que contribuem para o fortalecimento subjetivo do indivíduo, fragilizado ou não. A família é um aporte para quase todas as pessoas, e com os sujeitos em sofrimento psíquico não seria diferente.

Com as diversas mudanças de paradigmas na saúde mental, muda também a relação da família com a pessoa com transtorno mental, pois com a desinstitucionalização destes, aquela entidade passa a ser considerada no cuidado (SANTIN; KLAFKE, 2011). Em consonância, Costa et al (2014) e Castelo Branco (2013) enfatizam que com o processo da Reforma

Psiquiátrica Brasileira, o novo modelo de assistência ao sujeito com sofrimento psíquico buscou valorizar o convívio destes com a família e a tornou um componente crucial para o tratamento daqueles sujeitos. Assim, evidencia-se a imprescindível participação do ente na terapêutica do indivíduo fragilizado, sendo sua inserção nos serviços substitutivos, peça chave no redirecionamento da assistência em saúde mental.

Consoante a esse contexto, este novo modelo de atenção deve prestar uma atenção à saúde voltada à integração do sujeito na sociedade, buscando inserir e mantê-lo em seu contexto familiar e comunitário. Assim, família e comunidade servem como suporte indispensável para que o sujeito crie e fortaleça vínculos, produzindo um novo modo de viver com o seu meio, revertendo, portanto, o modelo hospitalocêntrico (MIELKE et al, 2010). Desse modo, os profissionais explicitam em suas falas uma visão compartilhada sobre a relevância da inclusão dos familiares dentro do serviço, conforme segue:

“A família é de suma importância... Se nós não tivermos a parceria da família nos cuidados de acordo com os preceitos que a gente tem dentro do serviço, acredito que o reestabelecimento desse indivíduo não se daria por completo”. (P1)

“É de grande importância, portanto imprescindível, porque geralmente o doente mental precisa mais de carinho, precisa mais de apoio... Então a família é o ponto principal de apoio para que ele possa conduzir esse problema”. (P2)

“Sem a família a gente não consegue fazer um trabalho que tenha um êxito no final... se a família não ajudar é impossível conseguir esse trabalho, tem que estar trabalhando junto”. (P3)

A família, como provedora de transformações, reúne um conjunto de sentimentos que fortalece a estrutura da pessoa. Dentro de um parâmetro de qualidade de vida, se estabelece como participante do processo de reinserção social e transformação social (SILVA; MONTEIRO, 2011). Diante desse contexto, os relatos demonstram claramente o reconhecimento do valor da família junto ao serviço como parceira de modo a trabalharem em sintonia para a reinserção do sujeito na sociedade. Nesse contexto, os entrevistados ressaltam que a mesma é um recurso que deve ser inserido dentro do cuidado em saúde mental.

Corroborando com as falas, Martins et al (2015) caracterizam a família como sendo parceira no tratamento, considerando sua integralidade pelos CAPS. Os autores também mostra que é possível sim, perceber sua importância na eficácia da terapêutica adotada pelo serviço, tendo em vista, que na maioria das vezes, é o elo mais próximo que os usuários têm com o meio social.

De acordo com Mielke et al (2010), a família é uma forte aliada, uma influente parceira no processo terapêutico de reabilitação psicossocial do usuário. E nesse sentido, o autor qualifica os serviços de atenção psicossocial, em associação ao favorecimento de participação das famílias, como um facilitador do tratamento, levando em consideração as dimensões pessoais, biológicas, sociais e políticas que envolvem o cotidiano da vida dos usuários, principalmente no seio familiar.

Nas falas a seguir, os entrevistados reafirmam a importância da família, considerando a contribuição da mesma no sentido da comunicação de aspectos essenciais para efetivação do processo terapêutico, assim como a conexão entre dois dos componentes dessa trama, família – serviço, para o compartilhamento de informações sobre o dia a dia dos sujeitos da instituição de cuidados:

“Acho que sempre tem que existir essa relação família-dispositivo. Sem eles eu acho que não daria nem tão certo o serviço, porque cada um precisa do outro para dar uma melhoria para esse usuário”. (P5)

“Então, se a gente não tem a família, muitas vezes, para auxiliar a gente, para comunicar se o paciente está melhor, se está pior, se está tomando a medicação, se não está é muito difícil a gente trabalhar, é praticamente impossível”. (P6)

Ainda sobre o que diz respeito a dinâmica da efetividade do processo de reabilitação do sujeito, Jorge et al (2011) reiteram que o CAPS defende o papel da família no tratamento do indivíduo por meio de uma dinâmica singular, na qual deve sustentar-se a ideia de apoio e enfrentamento do sofrimento psíquico, integrando, acolhendo, cuidando e incluindo os protagonistas dessa relação nos espaços cotidianos da vida. Portanto, a parceria com o familiar consiste também na garantia de continuidade da assistência fora do serviço e evolução no tratamento de seus entes adoecidos também dentro do convívio domiciliar, evidenciado nos seguintes discursos:

“Se o profissional não andar junto com a família, o tratamento daquele paciente não vai ter resultados positivos... através da família que a gente pode dar continuidade ao tratamento daquele paciente”. (P4)

“A gente faz, pede para que seja feito em casa também, seja dada continuidade, que é a continuidade do tratamento na realidade”. (P1)

Conforme as pontuações nas falas acima, observa-se a necessidade de manter as famílias dentro do âmbito assistencial do serviço de modo a buscar um *feedback* positivo na terapêutica, compartilhando informações aos familiares com o intuito de oferecer

continuidade ao tratamento na residência do usuário de forma efetiva. Todos os profissionais entrevistados se mostraram unânimes em relação à importância da participação ativa da família no processo de ressocialização do indivíduo, pois consideram essa estratégia um meio inovador e promissor para a reabilitação e inserção desses na sociedade.

Silva e Monteiro (2011) destacam em seu estudo o crescimento da importância atribuída à participação e integração da família no projeto terapêutico do sujeito em sofrimento psíquico, evidenciando-se a necessidade de uma assistência própria de um contexto e de determinada dinâmica social. O autor reconhece ser fundamental o envolvimento da família na vida dos usuários dos serviços extra-hospitalares, sendo este o instante oportuno para se entender seus limites e potencialidades, possibilitando o suporte para ações de inclusão e para o exercício da prática terapêutica dentro dos serviços de atenção psicossocial.

Sendo, portanto, a aproximação familiar um dos pilares da assistência em saúde mental como forma de garantir a continuidade do cuidado, esta deve ser enfatizada na importância das reuniões, onde os familiares podem compartilhar suas experiências e se apoiarem mutuamente, conversarem com os profissionais e receberem orientações de cuidado com o usuário. Desse modo, a parceria entre serviço e a família é uma estratégia de mobilização, envolvimento e compromisso para lidar com o sofrimento psíquico, proporcionando potenciais trocas entre serviço, usuário e sua rede social.

4.2.2 Família e serviço: um binômio gerador de contrapontos

4.2.2.1 Sensibilizando a família resistente ao cuidado

Cuidar de um indivíduo em sofrimento psíquico representa para a família um desafio. No âmbito dos serviços substitutivos, é preciso considerar que a família vive em determinadas circunstâncias, nas quais suas potencialidades podem estar comprometidas, e ela necessita ser igualmente cuidada e amparada para fortalecer o cuidar. No entanto, é preciso considerar também que a mesma, independente das suas limitações e mesmo sendo instrumentalizada para oferecer cuidado, pode sofrer com a sobrecarga e outros fatores (BORBA et al, 2012).

Diversas são as formas de inclusão dos membros das famílias e de como podem participar do processo terapêutico do sujeito com transtorno mental. No entanto, grande parte da adesão provém do papel desempenhado pelas instituições no sentido de sensibilizar os componentes da estrutura familiar a participar mais ativamente no tratamento do paciente,

fortalecendo o vínculo com a instituição, um fato que nem sempre é observado. Dentro desse contexto, observa-se que alguns profissionais revelam que ainda existe a resistência oferecida pelos familiares em participarem do dia a dia dos serviços e do acompanhamento do seu membro adoecido, causando algumas dificuldades para que as ações do CAPS sejam efetivadas. Isso é enfatizado nos discursos dos profissionais a seguir:

“A gente ainda encontra muitas barreiras para que a família participe, porque sempre eles dizem que não tem tempo, vários não participam...então a gente tem bastante dificuldade de inserir a família no tratamento” (P4)

“Porque a família trabalha e às vezes no horário não vem para as reuniões ou então até mesmo em casa, por trabalhar demais, não dá tanta atenção...” (P5)

“É difícil inseri-los porque eles têm uma resistência muito grande ao serviço, sempre eles justificam o motivo de não estar aqui...” (P7)

Para Schrank e Olschowsky (2008), convocar e trazer a família para assumir a responsabilidade do cuidado do usuário em conjunto com o serviço, vai além de uma mera mudança de direcionamento das práticas, exigindo muito mais compromisso e seriedade para a construção de um cuidado que é coletivo. O elo com os profissionais da equipe entra também como um recurso para vencer as resistências da família nessa parceria, pois na convivência cotidiana, na troca recíproca das informações, no esclarecimento das dúvidas, na exploração de diferentes modos de produzir o cuidado em saúde mental é que vão estruturar-se propostas de atenção, de agir, de considerar e de aceitar as individualidades das pessoas.

No que diz respeito às pronúncias dos profissionais, mesmo nas reuniões semanais e em outras atividades executadas pelo serviço, um dos principais obstáculos é certificar a presença dos familiares. Muitas das justificativas são a sobrecarga das tarefas domiciliares, sobretudo para o cuidador do usuário, que tende a ser o único a dirigir-se ao CAPS, dificultando a assiduidade semanal nesses encontros, apesar de os considerar importantes e participarem ativamente deles (PINHO et al, 2012).

É fundamental destacar que os serviços de saúde mental precisam estar atentos às dificuldades das famílias, oferecendo suporte nas tarefas e decisões para o cuidado do sujeito, fortalecendo, assim a relação e os laços que os unem e que conseqüentemente finalizam na produção de saúde, lembrando que essa organização também faz parte da rede que integra a atenção psicossocial (MIELKE et al, 2010). Diante desse cenário fica evidente a necessidade das equipes dos serviços substitutivos em desenvolver estratégias de aproximação e inserção desse familiar no cuidado.

A escassez ou inexistência de ações estratégicas em saúde mental faz com que os familiares não usufruam de espaços para transmitirem as vivências e sofrimentos do cotidiano, para serem amparados, para que possam se articular com outros familiares para compartilharem sentimentos em relação ao cuidado de si e do usuário, ou mesmo para receberem informações. Portanto, quando o serviço se apresenta como parceiro da família, ele contribui vigorosamente com a reabilitação psicossocial do sujeito. Por isso, esses equipamentos devem incluir os familiares no Projeto Terapêutico Singular (PTS) do usuário como forma de efetivação da participação, também lhes ofertando um cuidado especial (COVELO; BADARO-MOREIRA, 2015).

Nessa perspectiva, e por este rearranjo é que se reitera a necessidade de encontrar ou reformular estratégias que envolvam a família no acompanhamento e participação no processo terapêutico do sujeito, reconhecendo-a como um sustentáculo, capaz de remodelar caminhos conjuntamente com a equipe de saúde mental (TAVARES et al, 2012).

Desse modo, há uma necessidade de trazer esse familiar para dentro do serviço. Cabe aos profissionais convidá-los a participar do processo de reabilitação do usuário, pois não se trata do CAPS ou das políticas públicas transferir a responsabilidade do cuidar, mas, sim, de haver a coparticipação de todos os sujeitos envolvidos no tratamento, para que este venha a se tornar mais qualificado. Neste sentido, trabalhar no CAPS requer dos profissionais habilidades e motivação para construir trocas de conhecimentos teóricos e práticos entre a equipe, assim como, compreender e acolher a vivência dos familiares e usuários, propiciando um vínculo entres eles.

4.2.2.2 Potencializando a característica participativa da família

O cuidado em saúde mental sofreu diversas transformações, dentre elas, a valorização da família como ator importante para a atenção psicossocial. O apoio constante aos familiares é recomendável para que consigam lidar com suas emoções quanto ao sofrimento psíquico, a fim de terem condições para executar seu cuidado (COVELO; BADARO-MOREIRA, 2015).

Nessa direção, a abordagem da família é um encargo de toda a equipe dos serviços de assistência psicossocial. Nenhum profissional pode deter privilégios de domínios ou exclusividade. É fundamental que cada serviço ou equipe se organize de maneira própria para abordar essas pessoas, dentro da subjetividade de cada uma (PINHO et al, 2012).

Segundo Jorge et al (2011) a dinâmica de funcionamento dos serviços substitutivos prioriza o trabalho em rede, ou seja, contempla a atenção integral em saúde mental, por meio

da participação de todos os atores envolvidos neste cenário. Nessa ótica, a inserção familiar é efetivada em reuniões para discussão do processo de trabalho, comunicação ampla dos serviços ofertados, troca de informações e também na cooperação na construção do projeto terapêutico.

Em se tratando de serviços substitutivos e da equipe que os compõe, um dos objetivos é incentivar a família a participar da melhor forma possível e viável do dia a dia assistencial dos serviços. Alguns profissionais reconhecem que, apesar de ainda haver alguma resistência dos familiares, a grande maioria está ciente de sua importância na ressocialização dos usuários e há uma grande evolução na parceria com as instituições. Tais concepções podem ser demonstradas nos discursos abaixo:

“Eu não tenho muita dificuldade em relação a família dos que estão inseridos no dia a dia. A gente tem uma parceria muito forte e muito boa com o familiar... uns 85% da família estão presentes em todas as reuniões.” (P1)

“Aqui não tem muita dificuldade não... eles acatam bem o chamado da direção.” (P2)

“A nossa resistência é muito pequena... eu não me recordo de nenhuma família que se oponha ao tratamento.” (P6)

Alguns dos profissionais também apontam que há famílias que buscam auxílio o serviço, que participam das atividades propostas, como as reuniões mensais, e outras, mesmo em quantidades não expressivas, que nem procuram saber da situação de seu familiar no serviço, e que vez ou outra eles precisam intimá-las para sua responsabilidade, buscando trazê-la para o serviço motivando a sua participação:

“Quando tem um que não participa a gente vai lá, dá uma puxadinha de orelha.” (P2)

“Tem algumas famílias que não tem aquele acompanhamento, a gente precisa chamar para eles acompanharem o usuário no serviço, mas é muito pouco, geralmente a família é muito participativa...” (P3)

É perceptível a importância da família no tratamento, como mostram as falas, quando apontam que há responsabilidade dos familiares nessa parceria. Os familiares quando recebem apoio e orientação adequados, têm condições de compartilhar seus problemas e tornam-se aliados no acompanhamento e na reabilitação social do usuário. É necessário que haja

disposição em oferecer atenção e apoio a esses indivíduos, pois a reinserção do usuário na comunidade e a retomada de suas atividades diárias se tornam mais fáceis e rápidas quando os parentes fazem parte do processo e realmente sabem que a melhora na condição de saúde do usuário é possível.

Nessa perspectiva, de acordo com Covelo e Badaro-Moreira (2015) o cuidado em saúde mental tem como potencial finalidade a expansão de relações para transformar modos de viver. A família é um meio de constante mudança, de ligações afetivas e sociais, ficando o dever e o desafio dos serviços na aproximação com esses atores. Este contato se mostra impreterível para acolher as complexas dimensões do sofrimento desses familiares, por meio da escuta, de atividades grupais e do entendimento de seus conflitos existenciais. A integração da família com o serviço traz a possibilidade de criação de novos espaços onde se podem formar vínculos capazes de eliminar barreiras e retrocessos de vida. Os avanços na política de saúde mental dependem desta ferramenta para efetivação de ações permeadas na implicação com o sujeito, na perspectiva de um novo jeito de viver e cuidar.

4.2.3 O CAPS e a equipe multiprofissional: mobilizando estratégias para inserir a família

Nos dias atuais, é perceptível a ampla concentração de indícios que demonstram a aplicabilidade das intervenções familiares na promoção do bem-estar da pessoa em sofrimento psíquico, além da diminuição das recaídas e do número de intervenções psiquiátricas nesses indivíduos. As pesquisas mais recentes indicam a necessidade de desenvolver estratégias de envolvimento familiar, especialmente no tratamento de pacientes mais severos e/ou vulneráveis (PINHO et al, 2012).

Com o advento dos serviços psicossociais, há um aumento expressivo da proximidade dessas instituições com as famílias, exigindo paciência e serenidade, devido a subjetividade do contexto de cada uma, o que reflete na construção de estratégias com o intuito de conhecer os familiares de uma maneira mais abrangente, buscando, desse modo, a criação de métodos apropriados para trabalhar a inclusão destes no serviço de saúde mental, enfatizando as suas necessidades juntamente com a dos usuários (PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010).

Nesse sentido, a participação da família como protagonista das estratégias de cuidado e reabilitação, inserida nas diversas atividades do CAPS, como nas assembleias, festas e grupos, constituem-se de ações que podem possibilitar a construção de laços, em que ambos são escutados e acolhidos no sofrimento trazidos por eles. Assim, a partir dos relatos dos

entrevistados, evidencia-se as atividades utilizadas pelos profissionais, como estratégias para inclusão da família no serviço de saúde mental:

“A gente tem as reuniões, de eventos mesmo, que a gente traz a família também, assembleia familiar todos os meses... a gente faz uma comemoração como dia dos pais, dia das mães, então todas as datas comemorativas a gente traz esse familiar”. (P1)

“Tem as atividades com música que geralmente eles cantam junto com os familiares”. (P2)

“Através de eventos como dia dos pais, comemoração de páscoa, dia das mães, nas reuniões familiares, a gente sempre pede para a família participar... às vezes uma roda de conversa também” (P4)

Concordando com as falas, Mielke et al (2010) visualizam a partir de suas pesquisas, que o modelo psicossocial tem buscado modificar a antiga concepção sobre a inclusão do familiar, demonstrando a importância dos parentes na reabilitação do indivíduo em sofrimento psíquico. Os autores percebem também que no momento em que as famílias recebem apoio e orientação adequados, compartilhando seus problemas e dificuldades diários, expressam seu comprometimento com o cuidado. É essencial, então, articular espaços de atenção nos serviços de assistência em saúde mental, integrando todos esses sujeitos no processo de reabilitação, tornando-os corresponsáveis e dando credibilidade à sua ação cuidadora.

Além das atividades grupais e as reuniões, outra estratégia importante que deve ser desenvolvida pelos profissionais dos serviços substitutivos são as visitas domiciliares, assim como especifica Castelo Branco (2013) na experiência de seu estudo que mostra a frequente necessidade de oferecer ao familiar/cuidador, um atendimento com orientações individuais ou grupais. Ele identificou que alguns serviços promovem visitas domiciliares, mas são os CAPS que as desenvolvem de maneira sistemática, como parte do seu projeto terapêutico. Desse modo, as reuniões são elementares para o cuidador doméstico, no sentido de que muitas vezes são o momento mais oportuno para tirar as dúvidas sobre a enfermidade, o cuidado e o diálogo com os profissionais. Mas, geralmente, são os novos serviços, abertos e comunitários, que são desafiados a implementar práticas diferenciadas, a criar novas tecnologias de abordagem e, sobretudo, a dar visibilidade e valorizar sua condição de provedora de cuidados domésticos.

“A gente faz reuniões uma vez por mês, justamente para tentar introduzir mais eles no dia a dia do usuário, a gente faz visitas domiciliares também e aí a gente tenta fazer o que é o projeto terapêutico. ” (P5)

“A principal estratégia com a família é o diálogo e a educação, o fornecimento de informações sobre o quadro psiquiátrico, como se dá o tratamento... não tem outro jeito de conseguir trazer a família para junto de você”. (P6)

O estudo de Carvalho et al (2012) corrobora com o discurso de P5 ao citar a visita domiciliar como um instrumento enriquecedor e útil para a abordagem dos usuários e família, proporcionando uma vasta interação e o conhecimento da realidade vivenciada, tornando a inserção do parente no tratamento um suporte indispensável. Quando isso não é verificado, podem-se propor outras ações no intuito de auxiliar a reintegração do usuário no domicílio e do envolvimento da família no tratamento.

Ainda levando em consideração o contexto dos discursos acima, vale ressaltar que para atenuar as dificuldades enfrentadas pelo familiar na relação com o seu membro com transtorno mental, os serviços devem oferecer e prestar informações claras e precisas sobre a doença (sinais, sintomas, tratamento, medicação, etc.), ensinar habilidades de manejo e minimização dos sintomas, além de possibilitar que sejam capazes de expor suas necessidades e sentimentos, o que fica implícito no seguintes trechos dos entrevistados:

“Estamos de portas abertas para qualquer momento que o familiar sentir necessidade de vir conversar conosco sobre aquela pessoa que ele cuida em casa”. (P1)

“A gente tem que educar e conversar, sentar, muitas vezes ouvir mais do que falar, saber quais são as dificuldades reais daquela família”. (P6)

Concordando com os discursos acima, Tavares et al (2012) enfatizam a importância dos profissionais no auxílio aos parentes na busca de soluções adequadas, de forma a se incrementar uma aproximação dos mesmos com o serviço, resultando na qualidade de vida da pessoa com sofrimento psíquico. Nesse âmbito, a família precisa sentir-se amparada e segura no que diz respeito à disponibilidade dos profissionais em oferecer escuta e auxílio na resolução de problemas que venham a ocorrer. Sem esses recursos esses sujeitos provavelmente, continuarão sentindo-se desamparados e desassistidos, não tendo condições de cuidar do indivíduo no seio familiar, conseqüentemente tornar-se-á insustentável a permanência da pessoa adoecida em casa, bem como os laços de relacionamento com o serviço.

De acordo com Mielke et al (2010) as necessidades dos cuidadores e parentes não podem ser generalizadas pelos profissionais, devido não existir um modelo universal de família, visto que cada pessoa tem o seu estilo de vida e seu modo de confrontar certas

situações. Então, para isso, é importante um olhar atento à subjetividade dos sujeitos, para uma atenção personalizada dirigida à construção de um processo terapêutico que leve em consideração as particularidades de cada situação.

Portanto, o trabalho de educação em saúde mental, dedicado à família torna-se uma relevante ferramenta para gerar um *feedback* positivo no processo de reabilitação/reinserção/inclusão do usuário na sociedade. No entanto, considera-se necessário observar o papel dessa entidade em relação ao doente mental e aos instrumentos subjetivos de que a equipe interdisciplinar dispõe para trazer esse familiar para dentro do serviço (MARTINS et al, 2015).

Destarte, torna-se imprescindível que os profissionais elaborem dispositivos terapêuticos como estratégia de inserção familiar e que contemplem as demandas destas pessoas dentro dos serviços. Tendo em vista que não basta fechar os hospitais psiquiátricos, nem reduzir o número de leitos psiquiátricos se antes não forem modificados os significados desses aparatos manicomialis nos cerne familiar e social. Sendo assim, não adianta reformular as políticas de saúde mental, se não há mínimas condições de suporte a serem ofertadas aos indivíduos e seus familiares.

5 Considerações Finais



Fonte: Google Imagens, 2016.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o advento da RP, os cuidados de saúde mental passam por um período de transformação de conceitos e modelos de atenção, uma vez que há uma mudança de paradigma, tendo como base, um tratamento sustentado por serviços extrahospitais, com foco na reintegração social do sujeito. Um dos objetivos propostos pela RP é inserir o indivíduo com transtorno mental na família e na sociedade. Para isso, se torna necessário avaliar o papel desses familiares em relação ao sujeito e aos recursos subjetivos de que a equipe interdisciplinar dispõe.

Ao analisar as concepções dos entrevistados acerca da importância da inserção do familiar no acompanhamento do indivíduo em sofrimento psíquico e as prováveis repercussões desta parceria, constatou-se que os profissionais consideram fundamental a integração dos parentes e cuidadores no tratamento, acompanhamento e desenvolvimento daqueles sujeitos.

No CAPS estudado, a inserção da família acontece por meio de reuniões, grupos, práticas integrativas como musicoterapia e encontros individuais, porém, nem todos os familiares participam dessas atividades. Portanto, considera-se necessária a busca por novas estratégias, por parte do serviço, como forma de aproximar ainda mais essas pessoas à instituição. Reforçando o conceito de co-responsabilização na atenção à pessoa com sofrimento mental, fica evidente que envolve participação de vários atores como a equipe, os usuários, a família e a comunidade, os quais estimularão a formação de uma rede de apoio ao sujeito facilitando a inserção social.

Pelo presente estudo, identificou-se que a família é um componente essencial no apoio a pessoa em sofrimento psíquico, quando se coloca como fonte de segurança e conforto, o que contribui positivamente no processo de reabilitação e reinserção do sujeito adoecido. Nessa conjuntura, é essencial que a equipe multiprofissional adequar suas tecnologias de cuidado e suporte às necessidades de cada entorno familiar, preservando suas singularidades e subjetividades. Tendo em vista os resultados supracitados considera-se fundamental a otimização da assistência a qual o CAPS se propõe realizar, mesmo sendo um desafio, devido as diversas dificuldades elencadas pelos profissionais.

No contexto atual da atenção psicossocial, a inserção do enfermeiro nesse cenário envolve uma reorientação do seu modo de atuação para considerar a família como encarregada dos cuidados dirigidos ao sujeito em sofrimento psíquico e como demandante de

cuidados de enfermagem. Para isso, precisa conhecer e compreender essa entidade a partir de sua conjuntura sociocultural a fim de oferecer-lhe apoio e as orientações necessárias.

No que diz respeito a atuação de enfermagem, faz-se necessário levantar questionamentos sobre o sentido do trabalho, o valor das práticas e sua eficácia na vida dos sujeitos envolvidos no cuidado. Desse modo, as propostas de trabalho devem priorizar métodos que gerem solidariedade e que facilitem o enfrentamento dos contextos onde há experiências com o sofrimento mental, em um espaço onde a ética seja totalmente preservada.

Nesse interim, esse estudo trouxe contribuições significativas para a pesquisadora de forma pessoal e profissional. Através dos resultados obtidos e da experiência em trabalhar com a temática, pôde-se aprimorar a visão do modelo atual de saúde mental, considerando os aspectos que são efetivados, bem como as dificuldades encontradas para promovê-los. Pode-se refletir que a pesquisa em questão contribuiu ainda para auxiliar na compreensão e enfrentamentos futuros dos impasses encontrados na dimensão dessa área da saúde, além de fortalecer a prática do enfermeiro atuante em saúde mental na perspectiva de retratar a realidade encontrada nas práticas cotidianas dos serviços, a visão de uma parte dos sujeitos envolvidos nesse cenário e o modo de cuidar dos mesmos.

Considera-se que estudos com essa temática são importantes no sentido de proporcionar visibilidade à maneira como vem sendo oferecida a atenção à saúde mental. Desse modo, o estudo revelou necessidades de cuidados de saúde mental que precisam ser revistos e estudados por pesquisadores, gestores e profissionais na área de saúde mental, destinado a reforçar modos de inserir e manter os familiares dentro do serviço e acompanhando o tratamento de forma efetiva. Torna-se necessário que a rede de atenção psicossocial e seus profissionais atendam às demandas da pessoa em sofrimento psíquico, de modo a reduzir os encargos e os conflitos do cuidador que surgem no ambiente familiar.

Outro aspecto que merece destaque, trata-se da limitação no que concerne ao recorte reduzido de publicações na temática, que em sua maioria, enfatizam e dão privilégio a fala dos familiares, e não a dos profissionais que também necessitam ter sua visão analisada e discutida. Desse modo, a pesquisa visa contribuir para que os profissionais de saúde possam reconhecer e entender a dinâmica e as necessidades das famílias no processo terapêutico, considerando a singularidade e a particularidade de cada composição familiar, bem como servir de base literária para novos estudos.

Referências



e: Google Imagens, 2016.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, A. J. et al. Trajetória histórica da reforma psiquiátrica em Portugal e no Brasil. **Rev. Enfermagem Referência**, Coimbra, vol.4, n.4, p.117-125, 2015. Disponível em: <
http://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2497&id_revista=24&id_edicao=77 > Acesso em: 04 ago. 2016. GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- ALVES, D. S. N.; SILVA, P. R. F.; COSTA, N. R. Êxitos e desafios da reforma psiquiátrica no Brasil, 22 anos após a declaração de Caracas. **Rev. Medwave**, Chile, vol. 12, n.10, 2012. Disponível em: <
<http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/RevisionTemas/5545> > Acesso em: 15 jul. 2016.
- AMARANTE, P.; DIAZ, F. S. Os movimentos sociais na reforma psiquiátrica. **Rev. Cad. Bras. Saúde Mental**, vol.4, n.8, p.83-95, 2012. Disponível em: <
<file:///C:/Users/Thaila/Downloads/2022-8075-1-PB.pdf> > Acesso em: 04 ago. 2016.
- ARAÚJO, M. T, et al. O significado do trabalho para os profissionais de um serviço substitutivo de saúde mental. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, vol.47, n.3, p.664-670, 2013. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/0080-6234-reeusp-47-3-00664.pdf> > Acesso em: 02 mar. 2016.
- AZEVEDO, E. B, et al. Concepção dos profissionais da atenção psicossocial sobre inclusão social. **Rev. Cogitare Enferm.**, Paraná, vol.18, n.2, p. 288-295, 2013. Disponível em: <
<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/32578> > Acesso em: 08 mar. 2016.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BESSA, J. B; W Aidman, M. A. P. Family of people with a mental disorder and needs in psychiatric care. **Rev. Text Context Nursing**, Florianópolis, vol. 22, n.1, p.61-70, 2013. Disponível em: <
<http://www.index-f.com/textocontexto/2013pdf/e22-061.pdf> > Acesso em: 03 mar. 2016.
- BORBA, L. O. et al. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. **Rev. Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 442-449, 2011. Disponível em: <
<file:///C:/Users/romar/Downloads/Artigo%2016.pdf> > Acesso em: 07 set. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentada de pesquisa social**. Comissão Nacional e Ética e Pesquisa CONEP Resolução 466/12 sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde: Brasília, 2012a. Disponível em <
<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> >. Acesso em 26 mar. 2016.
- CARDOSO, L. GALERA, S. A. F. O cuidado em saúde mental na atualidade. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, vol.45, n.3, p. 687-691, 2011. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a20.pdf> > Acesso em: 15 jul. 2016.

CARVALHO, L. G. P., et al. A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações. **Rev. O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.36, n.3, p.521-525, 2012. Disponível em: <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/construcao_projeto_terapeutico_singular_usuario.pdf> Acesso em: 01 set. 2016.

CASTELO BRANCO. P. P. S. O papel da família no sofrimento mental: uma análise bibliográfica. 2013. 46 f. Monografia (Curso de Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Ceilândia, da Universidade de Brasília), Ceilândia. Disponível em: <
http://bdm.unb.br/bitstream/10483/6915/1/2013_RaimundaPinheiroCasteloBranco.pdf> Acesso em: 28 ago. 2016.

COLLETI, M, et al. A reforma psiquiátrica e o papel da família no restabelecimento de um sujeito psicótico. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, vol.15, n.1, p. 123-135, 2014. Disponível em: <
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702014000100010> Acesso em: 02 mar. 2016.

CORTES, J. M, et al. A inserção da família no cuidado de indivíduos em sofrimento psíquico de um caps do sul do Brasil. **Rev. Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.7, 2008. Disponível em: <
<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20707/pdf>> Acesso em: 11 mar. 2016.

COSTA, G. M, et al. A importância da família nas práticas de cuidado no campo da saúde mental. **Rev. Cadernos ESP**, Ceará, vol.8, n.1, p.41-57, 2014. Disponível em: <
<http://www.esp.ce.gov.br/cadernosesp/index.php/cadernosesp/article/view/169/88>> Acesso em: 02 mar. 2016.

COSTA, H. M; GASPARINI, D; HILDEBRANDT, L. M. Atenção em um centro de atenção psicossocial na voz de usuários e familiares. **Rev. Contexto & Saúde**, Unijui, vol.10, n.20, p.685-690, 2011. Disponível em: <
<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1624>> Acesso em: 01 mar. 2016.

COVELO, B. S. R; BADARO-MOREIRA, M. I. Laços entre família e serviços de Saúde Mental: a participação dos familiares no cuidado do sofrimento psíquico. **Rev. Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1133-1144, 2015. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000401133> Acesso em: 07 set. 2016.

FERNANDES, M. A. et al. Reforma psiquiátrica: percepção da família do portador de transtorno mental. **Rev. Interdisciplinar UNINOVAFAPI**, Teresina. vol.5, n.3, p.21-25, 2012. Disponível em: <
http://www.novafapi.com.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v5n3/pesquisa/p3_v5n3.pdf> Acesso em: 04 ago. 2016.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

JORGE, M. S. B., et al. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de

- Janeiro, v.16, n.7, p.3051-3060, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/05.pdf> > Acesso em: 02 set. 2016.
- MACIEL, S. C. Reforma psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões. **Rev. Cad. Bras. Saúde Mental**, Rio de Janeiro, vol.4, n.8, p.73-82, 2012. Disponível em: < <file:///C:/Users/Thaila/Downloads/2021-8070-1-PB.pdf> > Acesso em: 10 jul. 2016.
- MARTINS, A. K. L., et al. Práticas de equipes de saúde mental para a reinserção psicossocial de usuários. **Rev. SANARE**, Sobral, v.14, n.2, p.43-50, 2015. Disponível em: < <file:///C:/Users/romar/Downloads/823-1797-1-SM.pdf> > Acesso em: 30 ago. 2016.
- MARTINS, P. P. S. A participação da família no tratamento em saúde mental como prática no cotidiano do serviço. 2013. 155 f. Dissertação (Mestrado da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo), Ribeirão Preto. Disponível em: < <file:///C:/Users/Thaila/Downloads/pedropablosampaiomartinspandora.pdf> > Acesso em: 20 jul. 2016.
- MATEUS, M. D. Políticas de saúde mental: baseado no curso políticas públicas de saúde mental do CAPS Luiz R. Cerqueira. *São Paulo: Instituto de Saúde*, 2013.
- MIELKE, F. B. et al. A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. **Rev. Eletr. Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 4, p.761-765, 2010. Disponível em: < <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/85282/000768471.pdf?sequence=1> > Acesso em: 02 set. 2016.
- MIELKE, F. B. et al. Características do cuidado em saúde mental em um CAPS na perspectiva dos profissionais. **Rev. Trabalho, educação & saúde**, Rio de Janeiro, vol. 9, n. 2, p. 265-276, 2011. Disponível em: < <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/86643> > Acesso em: 22 jul. 2016.
- MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª. ed. São Paulo: Hucitec, 407 p., 2010.
- NASCIMENTO, G. C. M.; SCORSOLINI-COMIN, F.; PERES, R. S. Saúde mental no Sistema Único de Saúde: mapeamento das contribuições dos centros de atenção psicossocial. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 9, n. 2, p. 95-102, 2013. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762013000200008 > Acesso em: 20 jul. 2016.
- NASCIMENTO, K. C. et al. O desafio familiar no cuidado às pessoas acometidas por transtorno mental. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, vol.10, n.3, p.940-948, 2016. Disponível em: < <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/141077/000990845.pdf?sequence=1> > Acesso em: 22 jul. 2016.
- NÓBREGA, M.; SILVA, G.; SENA, A. Funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial-RAPS no município de São Paulo, Brasil: perspectivas para o cuidado em Saúde Mental. **Rev. CIAIQ2016**, v. 2, p. 41-49, 2016. Disponível em: < <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/735> > Acesso em: 23 jul. 2016.

- PANDE, M. N. R.; AMARANTE, P. D. C. Desafios para os centros de atenção psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.16, n.4, p.2067-2076, 2011. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63018472006> > Acesso em: 04 ago. 2016.
- PINHO, L. B. et al. Desafios da prática em saúde mental na perspectiva do modo psicossocial: visão de profissionais de saúde. **Rev. Eletr. Enfermagem**, Goiânia, v. 14, n.1, p. 25-32, 2012. Disponível em: < <file:///C:/Users/romar/Downloads/Artigo%2018.pdf> > Acesso em: 07 set. 2016.
- PINHO, L. B.; HERNANDEZ, A. M. B.; KANTORSKI, L. P. Reforma psiquiátrica, trabalhadores de saúde mental e a "parceria" da família: o discurso do distanciamento. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 14, n. 32, p. 103-113, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000100009 > Acesso em: 01 set. 2016.
- PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, vol.16, n.12, p.4579-4589, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/02.pdf> > Acesso em: 15 jul. 2016.
- ROSA, L. C. S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- ROCHA, R. M. *Enfermagem em Saúde Mental*. 2. Ed., atual. e ampl 12. reimpr. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2012.
- SANTIN, G.; KLAFKE, T. E. A família e o cuidado em saúde mental. **Rev. Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 34, p. 146-160, 2011. Disponível em: < <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/1643/1567> > Acesso em: 31 ago. 2016.
- SCHNEIDER, D. R. et al. Políticas de saúde mental em Santa Catarina nos anos 1970: vanguarda na psiquiatria brasileira? **Rev. História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.553-570, 2013. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=680063&indexSearch=ID> > Acesso em: 12 jul. 2016.
- SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 127-134, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/17.pdf> > Acesso em: 01 set. 2016.
- SILVA, G. M. et al. Concepções sobre o modo de Atenção Psicossocial de profissionais da saúde mental de um CAPS. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 7, n. 2, p. 161-167, 2015. Disponível em: < <http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/view/442> > Acesso em: 22 jul. 2016.
- SILVA, K. V. L. G.; MONTEIRO, A. R. M. A família em saúde mental: subsídios para o cuidado clínico de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1237-1242, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500029 > Acesso em: 28 ago. 2016.

TAVARES, C. M. M., et al. Atenção de enfermagem à família do portador de transtorno mental: contribuições para educação permanente. **Rev. Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 11, n. 4, p.767-774, 2012. Disponível em: < <file:///C:/Users/romar/Downloads/Artigo%2017.pdf> > Acesso em: 07 set. 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE B
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ESTUDO: Facilitadores do cuidado: importância da família no acompanhamento do indivíduo em sofrimento psíquico na perspectiva de profissionais

Eu,....., atuante na profissão de, residente e domiciliado em, portador da Cédula de identidade RG, e inscrito no CPF/MF, nascido(a) em ___/___/___, estou sendo convidada a participar da pesquisa intitulada: **“Facilitadores do cuidado: importância da família no acompanhamento do indivíduo em sofrimento psíquico na perspectiva de profissionais”**, que tem como pesquisador responsável: **Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho**, professora orientadora e **Thaila Carla Freire de Oliveira**, orientanda. A mesma será desenvolvida no CAPS Sebastião Paulo de Sousa no município de Cuité/PB, tendo em vista os seguintes objetivos: Geral - Compreender a importância da família no acompanhamento de indivíduos em sofrimento psíquico sob a visão de profissionais atuantes no CAPS e Específicos: Evidenciar como o profissional que atua no CAPS visualiza a importância da família no cuidado ao indivíduo em sofrimento psíquico; Revelar se há dificuldade em inserir o familiar no planejamento terapêutico do indivíduo em sofrimento psíquico e Verificar se os profissionais utilizam e/ou desenvolvem alguma atividade ou estratégia voltada a sensibilizar e incluir o familiar enquanto aliado no cuidado ao usuário do CAPS. E se justifica, pois é necessário conhecer a percepção dos profissionais de saúde no que se refere ao reconhecimento da importância que a família exerce ou poderia exercer enquanto aliada da equipe de saúde no cuidar do ente em sofrimento psíquico e como facilitadora nas ações de saúde mental e de inserção social do indivíduo. Com isto, pretende-se discutir e ampliar a compreensão acerca da inclusão da família nas dimensões e propostas dos serviços, aqui representados pelos CAPS.

Tomando-se por base a Resolução 466/12, todas as pesquisas que envolvem seres humanos envolvem riscos, sejam eles imediatos ou tardios, dessa forma a pesquisa em tela tem o risco de exposição do sujeito, constrangimento ou quebra de sigilo e anonimato com relação aos dados obtidos. No entanto, a pesquisadora adotará todos os cuidados necessários para evitar tais situações, como: preservar a privacidade dos entrevistados cujos dados serão coletados, garantindo-lhes o

APÊNDICE A
Instrumento para Coleta do Material Empírico

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA DIRECIONADA AOS PROFISSIONAIS

Nome: _____

Sexo: _____

Idade: _____

Estado civil: _____

Formação: _____

Ocupação: _____

Tempo de atuação no serviço: _____

1. Como você vê a importância da família no cuidado do indivíduo em sofrimento psíquico que é acompanhado aqui pelo CAPS?

2. Você sente que há dificuldade em inserir o familiar no planejamento terapêutico do indivíduo em sofrimento psíquico? Se sim, aponte-as.

3. Você utiliza/desenvolve alguma atividade/estratégia voltada a sensibilizar e incluir o familiar enquanto aliado no cuidado ao usuário do CAPS?

anonimato e atribuindo-lhes pseudônimos; as informações serão utilizadas exclusivamente para a execução do projeto em questão; as entrevistas com os colaboradores serão previamente agendadas conforme disponibilidade do participante respeitando-se todas as normas da Resolução 466/12 e suas complementares na execução deste projeto. Quanto aos possíveis benefícios: ao término dessa pesquisa espera-se fornecer subsídios e achados para identificar e fortalecer práticas enquanto ferramentas terapêuticas a serem implementadas na Atenção Primária em Saúde de modo a impulsionar discussões e a disseminação de conhecimentos em diversos contextos na perspectiva de operar melhorias na qualidade de vida dos usuários da RAPS.

Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial e ética, conforme preconizado na resolução 466/12, revelando os resultados sempre que solicitados pelo participante ou pela Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité (local este selecionado enquanto cenário da pesquisa) e ao término da investigação.

Ainda considerando a resolução 466/12, destaca-se que o pesquisador responsável conhece e respeita devidamente as exigências constantes nos itens IV.3 e IV.4 da referida resolução, conforme se expressa nos esclarecimentos que seguem.

Foi-me esclarecido que:

- Não haverá utilização de nenhum indivíduo placebo, visto que não haverá procedimentos terapêuticos neste trabalho científico.
- Minha participação é voluntária e não remunerada.
- Poderei me recusar a participar, ou retirar meu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho proposto sem necessidade de justificativa, não havendo penalização ou prejuízo para mim.
- Sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo, inclusive após sua finalização.
- Serei acompanhado e informado adequadamente quanto às questões relacionadas ao desenvolvimento e minha colaboração com o estudo.
- Foi-me garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho assegurando assim a minha privacidade neste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros a mim e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da instituição responsável. Entretanto, quando da existência de dispêndio de minha parte, serei ressarcido devidamente ou em casos de danos decorrentes de minha participação, serei indenizado adequadamente pelo aluno pesquisador (orientando);
- Após minha leitura e/ou leitura da pesquisadora ou aluna participante da pesquisa acerca desta pesquisa, assinarei duas vias deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo que uma via

será minha e outra via ficará com a pesquisadora.

- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimento poderei contar com a equipe científica no número: (83) 8719-3134 e com o respectivo e-mail: mary_albernaz@hotmail.com.
- Foi me repassado que outras informações podem ser solicitadas ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro/HUAC/UFCG (situado na Rua: Carlos Chagas, S/N, bairro: São José, CEP: 58.107-670, Campina Grande/PB. Contato: 2101-5545), bem como possíveis denúncias.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados com o pesquisador. Vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse, e a outra com o pesquisador responsável. Todas as folhas serão rubricadas por mim e pelo pesquisador, apondo as assinaturas na última folha.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Cuité, _____ de _____, de _____.

Participante

Testemunha

Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho
Orientadora/Pesquisadora

Thaila Carla Freire de Oliveira
Orientanda

ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

Termo de Compromisso do(s) Pesquisador(es)

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada **“Facilitadores do cuidado: importância da família no acompanhamento do indivíduo em sofrimento psíquico na perspectiva de profissionais”** assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/ MS e suas Complementares, homologada nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outros sim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo CEP/HUAC (Comitê de Ética em Pesquisas/ Hospital Universitário Alcides Carneiro), ou CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/HUAC, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Cuité, 30 de ABRIL de 2016.

Thailla Carla Freire de Oliveira

Thailla Carla Freire de Oliveira

Autora da Pesquisa

Mariana Albernaz P. de Carvalho

Prof.^a Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho

Orientadora

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA




UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM
CAMPUS CUITÉ
Sítio Olho D'Água da Bica, S/N,
CEP: 58175-000, Tel: (83)3372-1900

ANUÊNCIA

Eu, **Maria do Socorro de Souto Santos**, coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial Sebastião Paulo de Sousa, situado no município de Cuité/PB, autorizo o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa intitulado: "*Facilitadores do cuidado: importância da família no acompanhamento do indivíduo em sofrimento psíquico na perspectiva de profissionais*", que será realizado no referido serviço, previsivelmente nos meses de julho a agosto de 2016, tendo como coordenadora a docente Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho.

Cuité, 27 de agosto de 2016.


Maria do Socorro de Souto Santos
Coordenadora do CAPS
Psicóloga
CRP: 1375015

Dra. Maria do Socorro de Souto Santos
(Coordenadora do CAPS Sebastião Paulo de Sousa – Cuité/PB)


Gentil Venâncio Palmeira Filho
Secretário Municipal de Saúde

Dr. Gentil Palmeira
(Secretário Municipal de Saúde – Cuité/PB)

UFMG/BIBLIOTECA

ANEXO C – DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO - HUAC

DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DE PROJETO

Declaro para fins de comprovação que foi analisado e aprovado neste Comitê de Ética em Pesquisa – CEP o projeto de número CAAE: 56182716.1.0000.5182, Número do Parecer: 1.638.189 intitulado: **FACILITADORES DO CIDADÃO: IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO ACOMPANHAMENTO DO INDIVÍDUO EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS.**

Estando o (a) pesquisador (a) ciente de cumprir integralmente os itens da Resolução nº. 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, responsabilizando-se pelo andamento, realização e conclusão deste projeto, bem como comprometendo-se a enviar por meio da Plataforma Brasil no prazo de 30 dias relatório do presente projeto quando da sua conclusão, ou a qualquer momento, se o estudo for interrompido.

Daniel Ferreira Gonçalves de Oliveira
Daniel Ferreira Gonçalves de Oliveira
Coordenador CEP/HUAC

Campina Grande - PB, 03 de Agosto de 2016.

Rua.: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, Campina Grande – PB.
Telefone.: (83) 2101 – 5545. E-mail.: cep@huac.ufcg.edu.br