



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

ALINE PEREIRA DA SILVA

**O CUIDADO A PESSOA EM SOFRIMENTO MENTAL: Sob a ótica dos
familiares.**

CUITÉ – PB

2014

ALINE PEREIRA DA SILVA

O CUIDADO A PESSOA EM SOFRIMENTO MENTAL: Sob a ótica dos familiares

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem, em cumprimento às exigências legais para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande.

Orientadora: Msc. Francilene Figueirêdo da Silva Pascoal

Co-orientadora: Msc. Priscilla Maria de Castro Silva

CUITÉ – PB

2014

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

S586c Silva, Aline Pereira da.

O cuidado a pessoa em sofrimento mental: sob a ótica dos familiares. / Aline Pereira da Silva. – Cuité: CES, 2014.

59 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2014.

Orientadora: Francilene Figueredo da Silva Pascoal.

1. Saúde mental. 2. Sofrimento mental. 3. Saúde mental
- família - cuidado. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 613.86

ALINE PEREIRA DA SILVA

O CUIDADO A PESSOA EM SOFRIMENTO MENTAL: Sob a ótica dos familiares

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a. Msc. Francilene Figueirêdo da Silva Pascoal
Curso de Bacharelado Enfermagem – UAS/CES/UFCG
Orientadora

Prof.^a. Msc. Priscilla Maria de Castro Silva
Curso de Bacharelado Enfermagem – CCBS/UFCG
Co-orientadora

Prof.^a. Msc. Alynne Mendonça Saraiva
Curso de Bacharelado Enfermagem UAS/CES/UFCG
Membro interno

O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

(Leonardo Boff)

AGRADECIMENTOS

São tantos e tão especiais...

Primeiro, a Deus, que sempre esteve e continuará ao meu lado, nas minhas vitórias, lutas e momentos difíceis. Por tudo que vi, ouvi e aprendi. Sou grata a ele pela vida!

Agradeço aos meus pais, pelo carinho, apoio e compreensão que tiveram no decorrer de cinco anos de curso, que muitas vezes lutaram com dificuldades para suprir minhas necessidades, sempre presentes a cada passo de minha jornada. Meu muito obrigado!

Agradeço aos demais familiares, em especial àqueles com que convivo diariamente, que sempre se fizeram presentes nas minhas lutas diárias, que acreditaram no meu potencial, a eles cujo carinho, compreensão e estímulo foram armas dessa vitória. Amo muito vocês!

Agradeço a minha Orientadora, Francilene Figueirêdo da Silva Pascoal e a minha Co-Orientadora Priscilla Maria de Castro Silva, pelo apoio, dedicação e estímulo. E por todas as vezes que encontrou tempo para cuidar deste trabalho.

Agradeço aos amigos e, em especial, a Berta Suênia, Priscila Raquel, durante esses cinco anos de curso compartilhamos medo, incertezas e inseguranças. Mas somamos entusiasmo, forças e alegrias. Obrigado por tudo e por tornar inesquecível nossa formação. A saudade há de ficar!

Agradeço aos demais mestres, que participaram dessa jornada, por dedicar seu tempo e sua sabedoria para que nossa formação fosse um aprendizado de vida.

Agradeço a Socorro Souto, psicóloga e aos demais profissionais do CAPS I – Cuité, pelo acolhimento, receptividade e carinho no decorrer das minhas coletas, bem como a todos os familiares/cuidadores que contribuíram para que esta pesquisa fosse realizada, que Deus possa cuidar dos seus caminhos ao exercer a arte do cuidar.

São muitos os responsáveis por nossa vitória, mas os que estão por trás dela nem sempre recebem méritos justos. Sabemos da amizade, da paciência e importância dos funcionários em nossa formação, e dedico a vocês também este momento.

Agradeço a Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, pela a oportunidade de fazer parte dessa instituição.

A todos que direto ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada.

Seguirei com a certeza de que valeu a pena o cansaço e a correria em busca de um sonho que se torna real.

Obrigada a todos!

“Posso todas as coisas Naquele que me fortalece” (Filipenses 4:13)

RESUMO

A família, seguindo a perspectiva do cuidado em saúde mental, baseada nas premissas da Reforma psiquiátrica, possui grande influência no cuidado e apoio ao usuário com transtorno mental, desta forma, familiares/cuidadores de sofrimento psíquico sofrem mudança em suas vidas, tendo que se adaptarem constantemente às novas formas de condução do seu dia-a-dia. Este estudo objetivou conhecer como se desenvolve o cuidado familiar aos indivíduos em sofrimento psíquico. A pesquisa é do tipo explorativa-descritiva com abordagem qualitativa. Para coleta, foi realizada uma abordagem com os participantes através de grupo focal, utilizando questões norteadoras. A amostra foi composta por 20 familiares/cuidadores de usuários do CAPS I - Cuité. Os dados qualitativos foram analisados, tendo-se como referência o método de análise de conteúdo tipo categorial temática. De acordo com as questões norteadoras da pesquisa e os discursos dos participantes, foram identificadas as seguintes categorias relacionadas como se desenvolve o cuidado familiar aos indivíduos em sofrimento psíquico. Percepção da família. Na Categoria I - Significado do cuidado; Categoria II- Interferência e convivência com o sofrimento psíquico; Categoria III – A sobrecarga no cuidado ao sofrimento psíquico; Categoria IV - Estratégias de enfrentamento para as adversidades. Considera-se que ainda existam lacunas a serem preenchidas para se efetivar uma oferta qualificada a estes atores (usuários/cuidadores-familiares) que, de fato, possam empoderar estes sujeitos e minimizar seus sofrimentos. Para tanto, se torna necessário reconhecer os tipos de famílias existentes, incentivar o fortalecimento a rede de atenção psicossocial da região, e que os vínculos entre familiares e usuários sejam alicerçados numa relação de respeito, onde a singularidade e individualidade de todos sejam preservadas, de forma que os familiares/cuidadores não se sintam sobrecarregados, e os portadores de sofrimento psíquico possam resgatar sua cidadania e autonomia.

Palavras-Chave: Família, Sobrecarga, Cuidado.

ABSTRACT

The family, following the perspective of care in mental health based on the assumptions of the Psychiatric reform, has great influence on the care and support the user with mental disorder in this way, family / caregivers suffer psychological distress change in their lives, having to constantly adapt to new ways of conducting their day-to-day. This study aimed to know how to develop family care to individuals in psychological distress. The research is the exploratory-descriptive qualitative approach. For collection, an approach with participants was conducted through focus group, using guiding questions. The sample consisted of 20 family members / caregivers of users CAPS I - Cuité. Qualitative data were analyzed, taking as reference the method of content analysis categorical type theme. According to the guiding research questions and the speeches of the participants, the following related categories develops as family care to individuals in psychological distress were identified. Family perception. In Category I - Meaning of care; Category II-interference and coexistence with psychological distress; Category III - The overhead in the care of mental suffering; Category IV - Strategies for coping with adversity. It is considered that there are still gaps to be filled to effect a qualified these actors (users / caregivers-relatives) that, in fact, can empower these subjects and minimize their sufferings offer. For this purpose, it is necessary to recognize the different types of families, to encourage the strengthening the network of psychosocial care in the region, and that the bonds between family members and are grounded in a relationship of respect, where the uniqueness and individuality of all are preserved, so that family members / caregivers do not feel overwhelmed, and those with psychological distress can redeem their citizenship and autonomy.

Keywords: family, overload, Care.

LISTA DE SIGLAS

MS – Ministério da Saúde

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

PNASH/PSIQUIATRIA – Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospital/Psiquiatria

SUS – Sistema Único de Saúde

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVOS.....	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
3.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	17
3.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA, AVANÇOS E DESAFIOS DO HOSPITAL AO CAPS...19	
3.3 CUIDADO AO SOFRIMENTO PSÍQUICO.....	22
3.4 SOBRECARGA DO CUIDADO.....	23
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	26
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	27
4.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....	27
4.3 POPULAÇÃO DE AMOSTRA.....	27
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	28
4.5 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO PARA A COLETA DO MATERIAL EMPÍRICO.....	28
4.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO.....	29
4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	29
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	31
5.1 ANÁLISE E DISCUSSÃO DO MATERIAL EMPÍRICO	32
5.1.1 Categoria I – Significado do cuidado.....	32
5.1.3 Categoria II – Interferência e convivência com o sofrimento psíquico	35
5.1.4 Categoria III – Sobrecarga no cuidado ao sofrimento psíquico	37
5.1.6 Categoria IV – Estratégias de enfrentamento para as adversidades.....	39
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
REFERÊNCIAS.....	46
APÊNDICES.....	50
APÊNDICE A – Instrumento para Coleta de Dados.....	51
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	52
APÊNDICE C – Termo de Compromisso dos Pesquisadores.....	54
ANEXO.....	55
ANEXO A – Carta de Anuência.....	56
ANEXO B – Comitê de Ética em Pesquisa.....	57



1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

A prevalência de indivíduos acometidos por sofrimento psíquico na população em geral é bastante significativa, segundo dados do Ministério da Saúde (MS) 3% da população em geral sofre de transtorno mental severo persistente; mais de 6% da população apresenta transtorno psiquiátrico grave decorrente do uso de álcool e drogas; 12% da população necessita de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual, sendo que somente 2,3% do orçamento anual do SUS é destinado para a saúde mental (BRASIL, 2013)

O ano de 1978 foi marcado pelo início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), formado por trabalhadores imigrantes do movimento sanitário, associação de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. Este movimento se deu através de variados campos de luta, que passou a protagonizar e a construir a partir desse período a denúncia da violência nos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir, coletivamente, uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com sofrimento psíquico.

No ano de 1987, o Congresso Nacional do MTSM (Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental) adota o lema “por uma sociedade sem manicômios”: inicia-se a partir dessa insígnia o movimento nacional de luta antimanicomial no Brasil. Com a proposta de reduzir as internações psiquiátricas e humanizar o atendimento ao transtorno mental. Essas medidas entraram em vigor nessa mesma época, mas o número dos leitos hospitalares e as condições do atendimento continuaram os mesmos. Para tanto, na tentativa de efetivar a proposta de um novo modelo assistencial em saúde mental, foi desenvolvido um projeto de Lei que assegurava a supressão progressiva dos manicômios (WAIDMAN, et al. 2009).

Paulo Delgado criou um dos mais importantes aparatos legais federais, o Projeto de Lei nº. 3.657/89, que dispôs sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamentação da internação psiquiátrica compulsória. E por sua vez deu origem a lei 10.216 (GUIMARÃES, et al. 2010).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira tem por base legal a lei 10.216 criada pelo deputado Paulo Delgado, sancionada em 2001, que redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico, mas não estabelece mecanismos claros para

a diminuição dos manicômios. Embora a promulgação desse documento imponha novo impulso e novo ritmo para o processo de desinstitucionalização. (BRASIL, 2005).

Atualmente, a política nacional de saúde mental brasileira tem como base os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e as diretrizes da reforma psiquiátrica, que preconiza o resgate a cidadania do sofrimento psíquico. Nesse sentido, torna-se indispensável à presença e o apoio da família para efetivação da assistência ao transtorno mental, tendo em vista que as primeiras manifestações de mudanças comportamentais são percebidas no ambiente familiar.

Como base nesses novos paradigmas decorrentes da Reforma Psiquiátrica surgem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A criação desses centros possibilitou a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. Os CAPS são serviços de saúde municipais, abertos, comunitários que oferecem atendimento diário. Estes serviços têm a função de substituir e não complementar o hospital psiquiátrico. De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento (BRASIL, 2013).

Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e a singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana. Outros demais dispositivos de atenção à saúde mental como o programa de volta para casa, residências terapêuticas têm importância estratégica para a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a reinserção dos portadores de sofrimento psíquico na sociedade (BRASIL, 2013).

Nesse momento de inclusão social, no contexto de acompanhamento e tratamento psicossocial, é de suma importância o oferecimento de suporte para a família em serviços extra-hospitalares, que sejam capazes de atender às necessidades da pessoa com sofrimento psíquico e sua família, de modo que esse processo ocorra o mais próximo possível da comunidade, valorizando a manutenção dos vínculos sociais e familiares (GONÇALVES; LUIZ, 2010).

Segundo o autor supracitado, no que se refere ao convívio da família com o sofrimento mental, constata-se um enorme desgaste no conviver com a doença, os familiares apresentam níveis elevados de ansiedade oriundos das constantes oscilações comportamentais do familiar acometido pelo transtorno mental, aos problemas relacionados ao tratamento medicamentoso e ao estigma atribuído pela própria sociedade destes tempos remotos.

A família, em especial, o familiar/cuidador é submetido a constantes eventos estressores no curso dessa doença, que podem afetar, além das relações familiares, a saúde do

próprio familiar/cuidador sempre trazendo algum grau de sobrecarga e provocando constante necessidade de adaptações (CARDOSO; GALERA; VIEIRA, 2012).

Segundo os autores supracitados, esta sobrecarga possui duas vertentes: a sobrecarga objetiva relacionada às consequências negativas da presença de um portador de sofrimento psíquico na família, tais como: acúmulo de tarefas; aumento de custos financeiros; limitação das atividades cotidianas; fragilização dos relacionamentos entre os familiares. A sobrecarga subjetiva diz respeito à percepção pessoal do familiar sobre a experiência de conviver com o doente; seus sentimentos quanto à responsabilidade e preocupações que envolvem o cuidado.

Partimos desse pressuposto para investigar quais estratégias de enfrentamento estão sendo desenvolvidas pelos familiares para melhor efetivação do tratamento ao portador de sofrimento psíquico, de forma a atenuar o sofrimento físico e emocional que vivem constantemente no seu cotidiano. Recorrendo diretamente aos serviços de saúde ou a outras estratégias de cuidado.

Para Waidman, Scardelli e Pandini (2010) a religião exerce papel importante como estratégia de enfrentamento para o familiar cuidador do portador de sofrimento psíquico, isso reforça a ideia de que a fé é um fator de suma importância como suporte para o ser humano e está relacionada com as estratégias de cuidado desenvolvidas pelos familiares com transtornos mentais. De acordo com sua cultura e educação, as famílias possuem suas peculiaridades em relação a seu doente e reagem de maneiras diferentes no tocante às atividades de cuidado desenvolvidas para com seu familiar.

Com a reforma psiquiátrica e a supressão progressiva dos manicômios, a responsabilidade da pessoa em sofrimento mental acarretou as famílias um maior comprometimento, que antes, durante uma crise o familiar era logo submetido à internação. Com o novo modelo de assistência a internação só é indicada quando os recursos extra-hospitalares não forem eficazes, sendo utilizado como último recurso, em caso de emergência e por curto período de tempo. Nesse sentido, a responsabilização voltou-se mais para o seio da família, que ao se deparar com esse papel, tem a necessidade de encontrar novas estratégias de cuidado. Nesta perspectiva, cabe ressaltar a questão norteadora da pesquisa: Quais as estratégias de enfrentamento que o cuidador do doente mental desenvolve para melhor cuidar de seu familiar?

A motivação para adentrar no conhecimento dessa temática surgiu com a necessidade de avaliar os principais problemas enfrentados pelos familiares de sofrimento mental, bem como reconhecer as estratégias que os mesmos desenvolvem para atenuar a aflição de ter um familiar com sofrimento psíquico. A partir dessa concepção de cuidador e cuidado em saúde

mental, despertou em mim o interesse pessoal de pesquisar as estratégias que os familiares desenvolvem para atenuar os estresses adquiridos no cotidiano, bem como conhecer um pouco do universo do sofrimento psíquico. Esse interesse pessoal surgiu desde o primeiro contato com a disciplina de saúde mental ofertada na academia e tornou-se uma área com a qual me identifiquei.

Assim, essa pesquisa compôs-se de seis capítulos, sendo o primeiro, uma breve introdução sobre a temática; o segundo os Objetivos da pesquisa, o terceiro a Revisão Bibliográfica com os teóricos que tratam sobre o assunto, logo após teceremos as Considerações Metodológicas do estudo, seguido da Apresentação e Discussão dos Resultados. Ao final, as Considerações Finais do estudo acompanhadas das referências bibliográficas.



2 Objetivos

2 OBJETIVOS

Geral

- Conhecer como se desenvolve o cuidado familiar aos indivíduos em sofrimento psíquico.

Específicos

- Investigar as percepções dos familiares acerca do cuidado ao portador de sofrimento psíquico e as prováveis repercussões deste cuidado em suas vidas;
- Identificar se existe sobrecarga nesta modalidade de cuidado, e quais danos esses familiares evidenciam no cotidiano familiar;
- Verificar quais as estratégias elaboradas por estes familiares que ajude a atenuar a sobrecarga e conseqüentemente promover um melhor cuidado ao portador de sofrimento psíquico.



3 Referencial Teórico

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA

A Reforma Psiquiátrica caracteriza-se como um movimento histórico de caráter político, social e econômico, que se desenvolveu paralelamente à Reforma Sanitária e tem como finalidade a substituição progressiva dos manicômios por outros serviços junto à comunidade, deslocando a intervenção terapêutica para o contexto social das pessoas, desencadeando um processo de transformação na organização dos sistemas de saúde mental (MATTIONI, 2013).

Para efetividade desse processo, é indispensável que se desenvolvam estratégias para que se possa trabalhar com pessoas em sofrimento psíquico egressas de internações de longa permanência, de forma que possam ser inseridas e integradas na própria família e comunidade, considerando que a própria condição de “doente mental”, por si só, acarreta ao indivíduo acometido por sofrimento psíquico e seus familiares algumas limitações, impedimento e situações que podem alterar a relação da pessoa com o trabalho, com os demais membros da família, amigos e parceiros, bem como abalar sua identidade (MATTIONI, 2013).

A reforma psiquiátrica brasileira foi instituída a partir de um novo modelo, o de desinstitucionalização através da reabilitação e da reintegração psicossocial do indivíduo em sofrimento psíquico. Nesse novo paradigma, a forma como esses indivíduos acometido pelo sofrimento psíquico são tratados foram reformulados, e o objeto de tratamento deixou de ser a doença propriamente dita e passou a ser a existência do indivíduo na sociedade e na família (CAVALHERI, 2010).

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) teve como finalidade abrir um espaço de luta, de debate e encaminhamento de propostas para transformar a assistência oferecida aos transtornos mentais, que por sua vez, eram submetidos a maus-tratos que o levavam à perda da identidade e da sua dignidade. Esse movimento teve um marco importante no início da Reforma psiquiátrica, pois denunciava a assistência que era oferecida aos transtornos mentais e a política privatizante, propunha alternativas extra-hospitalares e defendia a humanização da assistência no hospital psiquiátrico. Os integrantes desse movimento discutiam os pressupostos consagrados pela psiquiatria, dando início a luta pelos direitos humanos ao transtorno mental (BRASIL, 2005).

Segundo o autor supracitado, inúmeros eventos importantes aconteceram no final da década de 1980: A 8ª conferência Nacional de Saúde, um movimento importante em direção à concepção de saúde coletiva, logo após aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que foi apontada como o início da desconstrução do modelo da assistência hospitalar; no mesmo ano 1987, o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental consagrou o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Em 1988, a Constituição Federal do Brasil determinou os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): sistema igualitário, descentralizado, universal, regionalizado, hierarquizado, com integralidade das ações e participação social.

Em 1989, o deputado Paulo Delgado apresentou o Projeto de lei nº 3.657/89, que tinha como meta a extinção progressiva dos manicômios. Sendo estes substituídos por dispositivos extra-hospitalares. Esse projeto provocou diversos debates e experiências inovadoras, assim como a criação de associações de usuários dos serviços de familiares. A criação dessas associações motivou a sociedade que passou a participar ativamente das discussões sobre as novas práticas de cuidado, conforme preconizado pelo SUS (ROCHA, 2010).

Em 6 de abril de 2001, o Governo Federal promulga a Lei n.º 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A lei redireciona o modelo da assistência psiquiátrica, regulamenta cuidado especial com a clientela internada por longos anos e prevê a possibilidade de punição para a internação voluntária arbitrária ou desnecessária (BERLINCK; MAGTAZ; TEIXEIRA, 2008).

Essa lei transcorreu do projeto do deputado Paulo Delgado. Essa lei não se refere diretamente à extinção dos manicômios, no entanto, garante no parágrafo único do artigo 2º que é direito do indivíduo acometido pelo sofrimento psíquico ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários em saúde mental; e, no artigo 4º, que o tratamento tem como objetivo a reinserção social do cliente e que o tratamento em regime de internação deve oferecer assistência integral ao sofrimento psíquico, e ainda, acrescenta que a internação em qualquer modalidade, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem ineficientes (ROCHA, 2010).

3.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA, AVANÇOS E DESAFIOS DO HOSPITAL AO CAPS

A lei federal 10.216, define a internação hospitalar como último recurso no tratamento de pacientes com sofrimento psíquico e garantiu às pessoas o direito de serem tratadas preferencialmente em serviços de base comunitária. A partir da lei 10.216, milhares de leitos psiquiátricos (cerca de 18.500 entre 2001 e 2009) foram reduzidos e centenas de serviços comunitários implementados, ainda que com distribuição desigual nas regiões do Brasil (GONÇALVES, et al. 2012).

Entre os instrumentos de gestão que permitem as reduções e fechamentos dos leitos de hospitais psiquiátricos de forma gradual, pactuada e planejada, está o Programa Nacional de avaliação do Sistema Hospital/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), que foi instituído em 2002, por normatização do Ministério da Saúde. O PNASH/Psiquiatria avalia a estrutura física do hospital, a dinâmica de funcionamento e fluxos hospitalares, os processos e os recursos terapêuticos da instituição, assim como a adequação e inserção dos hospitais à rede de atenção em saúde mental em seu território e as normas técnicas gerais do SUS. O PNASH/Psiquiatria exerceu a função de desencadeador de reorganização da rede de saúde mental, diante dos fechamentos de leitos psiquiátricos e conseqüentemente a expansão da rede extra-hospitalar (BRASIL, 2005).

A reforma psiquiátrica brasileira é respaldada pela Lei nº 10.216 e por inúmeras portarias inseridas pelo Ministério da Saúde (MS) com o intuito de prestar uma assistência de qualidade ao portador de sofrimento psíquico e seus familiares. O projeto em extensão constitui-se pelo modelo comunitário com seus diversos dispositivos institucionais: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como ordenadores da rede; o programa De Volta para Casa, que reinsere usuários de longa permanência internados em hospitais psiquiátricos na sociedade; os leitos psiquiátricos em hospital geral; a construção de uma política pública intersetorial para álcool e drogas, e também para crianças e adolescentes; a articulação com a rede básica de saúde; e a conseqüente redução dos leitos nos hospitais psiquiátricos (AMARANTE; DIAZ, 2012).

O novo modelo de assistência ao sofrimento mental está centrado na reintegração dessas pessoas na família e comunidade, são tarefas às quais o SUS vem se dedicando com especial empenho. As residências terapêuticas ou simplesmente moradias, são locais destinados a atender aos transtornos mentais, são casas de localização urbana, tendo como finalidade atender as necessidades de moradia de pessoas com sofrimento mental grave e persistente, egressas de hospitais psiquiátricos, ou não. Embora as residências terapêuticas se

configurem como sendo um equipamento de saúde, devem ser capazes de garantir o direito a moradia aos indivíduos com transtorno mental como também auxiliar o morador em seu processo de reintegração na comunidade (BRASIL; 2005).

Uma residência terapêutica deve acolher, no máximo, oito moradores. Um cuidador é encarregado por apoiar os moradores nas tarefas, enfrentar os dilemas e conflitos desencadeados no cotidiano, do co-habitar e do circular na cidade, em busca de autonomia do usuário. Todas as residências devem ser referenciadas a um centro de Atenção Psicossocial (BRASIL; 2005).

O Programa de Volta para Casa configura-se como uma estratégia potencializadora de emancipação de pessoas com sofrimento psíquico. Criada pela lei federal 10.708 e sancionada em 2003, esse programa é uma parceria do Ministério da Saúde e da Caixa Econômica Federal com os municípios conveniados, visa promover e facilitar o processo de reabilitação e inserção social de pessoas acometidas de transtornos mentais, que tenham um histórico de vida com 02 (dois) ou mais anos de internações nos hospitais psiquiátricos (FREIRE; SILVA; OLIVEIRA, 2012).

Esse programa incentiva a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos financeiros e assistenciais; o primeiro, ofertado através de uma bolsa auxílio-reabilitação, a qual foi, atualmente, reajustada para um valor em espécie de R\$ 320,00 (trezentos e vinte reais), e o segundo é específico para o cuidado dessas pessoas, objetivando sempre facilitar o convívio social, sendo capaz de assegurar o bem-estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos, sejam esses civis, políticos, sejam de cidadania (FREIRE; SILVA; OLIVEIRA, 2012).

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é apresentado pelo Ministério da Saúde como dispositivo prioritário de atenção à saúde mental. Pretende-se com sua implantação e operação, inovar a assistência na perspectiva da promoção da saúde e uma ruptura com o modelo assistencial hegemônico. O CAPS, como organizador do sistema de atenção em saúde mental, tem a responsabilidade social não só de dar conta de substituir o modelo manicomial, como proporcionar estratégias e programas de promoção da saúde. A começar pela sua articulação com a comunidade, visando sua participação efetiva e concreta na eleição de prioridades, na tomada de decisões e na elaboração e desenvolvimento de estratégias para alcançar melhor nível de saúde (BRASIL, 2005).

A portaria 3.088, de 2011, do Ministério da saúde, define as seguintes modalidades de CAPS: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS Ad, CAPS AD, CAPS AD III e CAPS i, por ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional. Cumprem a mesma

função no atendimento público em saúde mental. Responsabiliza-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidado em saúde mental no âmbito do seu território. O ambiente deve estar capacitado para realizar atendimento a clientes com transtornos mentais severos e persistentes, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. A portaria também determina que o CAPS supervisione e capacite às equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no seu âmbito (BRASIL, 2011).

CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para municípios com população acima de 20.000 habitantes.

CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local; indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes (BRASIL, 2011).

CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes (BRASIL, 2011).

O CAPS AD; Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes (BRASIL, 2011).

CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com, no máximo, 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes. CAPS i: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes (BRASIL, 2011).

Os CAPS configuram-se como serviços comunitários ambulatoriais e regionalizados, nos quais os pacientes deverão receber consultas médicas, atendimentos terapêuticos individuais e/ou grupais, podendo participar de ateliês abertos, de atividades lúdicas e recreativas promovidas pelos profissionais do serviço, de maneira mais ou menos intensiva e

articulada em torno de um projeto terapêutico individualizado voltado para o tratamento e reabilitação psicossocial, devendo também haver iniciativas extensivas aos familiares e às questões de ordem social presentes no cotidiano dos usuários (TAVARES; SOUZA; RODRIGUES, 2010)

3.3 CUIDADO AO SOFRIMENTO PSÍQUICO

Esse novo modelo, que ultrapassa a ideia de simplesmente promover a desospitalização, acarretou no cotidiano inúmeros problemas. Na trajetória temporária para uma nova organização assistencial, as primeiras ações visíveis se caracterizaram pela diminuição das internações em hospitais psiquiátricos e pela criação de recursos assistenciais de caráter extra-hospitalar (CAVALHERI, 2010).

Os profissionais dos serviços extra-hospitalares, como o CAPS e as residências terapêuticas seguem os princípios da integralidade, auxiliando o usuário em todas as áreas do ser humano: biopsicossocial e espiritual, não fragmentando o cuidado. Tornando o cuidado humanizado, existindo vínculos entre equipe e usuário e havendo a responsabilização de ambos pelo cuidado ofertado. Os profissionais do serviço no decorrer das atividades procuram abrir espaços para conversas individuais, ou mesmo com o grupo, na intenção de aliviar ansiedades, medos e debater situações específicas que são vivenciadas pelos usuários (MIELKE, 2009).

Para atuar junto às famílias de sofrimento psíquico, é importante que o enfermeiro conheça o cotidiano e a estrutura familiar, suas crenças, valores e conhecimento sobre a doença, para que, a partir daí, possa programar sua assistência necessária, conforme a necessidade desses familiares (SANT'ANA, et al. 2011).

Este vínculo estabelecido entre o profissional com o usuário é visto como facilitador no tratamento, havendo fidelidade entre ambas às partes. Assim, o cuidado em saúde mental ganha materialidade na atitude dos profissionais do CAPS, na sua relação com os usuários, tendo a integralidade como foco de intervenção, ou seja, é um local de encontro, diálogo entre pessoas com necessidades, desejos, histórias e conhecimentos específicos. O cuidado proposto por esses profissionais está além dos usuários, oferecendo à família suporte, tendo em vista que a família é parte fundamental para a evolução satisfatória do usuário (MIELKE, 2009).

No entanto, essas medidas implicaram intensificação das exigências de comprometimento das famílias dos indivíduos com sofrimento psíquico. Transformado de modo significativo à trajetória de sua participação no processo assistencial. No conjunto, novas demandas foram a elas impostas, sem que tenham sido instrumentalizadas para atendê-las, acarretando-lhes sensação de desamparo (CAVALHERI, 2010).

A família torna-se responsável por atender as suas necessidades básicas, como coordenar suas atividades diárias; administrar sua medicação; acompanhá-los aos serviços de saúde; lidar com suas condutas problemáticas e episódios de crise; fornecer-lhes suporte social; arcar com seus gastos; e superar as dificuldades dessas tarefas e seu impacto na vida social e profissional do familiar (CAVALHERI, 2010).

O transtorno mental grave, além de causar mal físico e psíquico ao paciente, acarreta mudanças no cotidiano das pessoas que o cercam. Observa-se que a participação da família na assistência em saúde mental tem mostrado convergência. Há a necessidade de prover a família do indivíduo acometido pelo sofrimento psíquico de informações e orientações para que, dessa forma, a família possa colaborar como agente ressocializador e facilitador do doente na família e na comunidade (CLASEN; KANTORSKI; SCHWARTZ, 2013).

Cuidar de um familiar com sofrimento psíquico impõe aos familiares situações agregadas aos sintomas da doença, com as quais nem sempre está disposto a suportar. Estas situações incluem comportamentos de descontrole do familiar doente, que se torna mais agressivo e inquieto, causando um clima de intranquilidade que foge aos padrões até então conhecidos pelos que, com ele, convivem e que afetam toda a estrutura familiar (SANT'ANA, et al. 2011).

O familiar cuidador pode desenvolver ansiedade por não saber como lidar com alguns comportamentos apresentados pelo sofrimento psíquico como, por exemplo, o silêncio exagerado, fala contínua e desordenada ou com a imprevisibilidade em suas ações, e a percepção da vida cada vez mais “empobrecida” do paciente. Muitos não se conformam em ver um familiar, que até então era brilhante, cheio de projetos de vida e socialmente bem integrado, transformar-se numa pessoa comprometida, dependente, desprotegida e tomada por limitações de toda natureza (SANT'ANA, et al. 2011).

3.4 SOBRECARGA DO CUIDADOR

As mudanças na política pública brasileira em saúde mental priorizam a desospitalização e a desinstitucionalização da assistência ao transtorno mental, a família

passou a ser o principal responsável pelo bem estar do doente. Nesse novo cenário de atendimento, os pacientes recebem o acompanhamento médico que necessitam, em regime ambulatorial, e permanecem em suas residências com seus familiares (SANT'ANA, et al. 2011).

Esses familiares/cuidadores no momento em que se confrontam com essa circunstâncias, sofrem bruscamente mudança em suas vidas, tendo que se adaptarem constantemente às novas formas de condução do seu dia-a-dia. Toda essa mudança reflete em diversos aspectos do estilo de vida de cada família acometida por esse transtorno. Para atuar junto às famílias de sofrimento psíquico, é importante que a equipe de saúde conheça e compreenda a estrutura familiar, suas crenças, valores e conhecimento sobre a doença, para que a partir desse ponto, possam ser planejadas estratégias para atenuar a sobrecarga enfrentada pelos familiares de sofrimento psíquico (SANT'ANA, et al. 2011).

Diante desse novo modo de assistência, a família é vista como aliada no que se refere ao processo de cuidado à pessoa com sofrimento psíquico, porém essas famílias necessitam que os profissionais de saúde ofereçam suporte para que possam manter o núcleo familiar saudável, já que o conviver com um familiar em sofrimento psíquico impõe mudanças no cotidiano da família como: alterações na rotina do sono, prejuízos ao trabalho e à situação financeira, a necessidade de cuidar do familiar quanto à administração dos medicamentos e higiene corporal e sobrecarga física e psicológica (BESSA; WAIDMAN, 2013).

A família terá que conviver com situações como sentir medo e a angústia pela possibilidade de crise, não poder deixar o familiar sozinho, sofrer agressões verbais e físicas, lidar com as perdas materiais e ter de deslocar-se para a unidade de internação. Estas modificações causam sofrimento à família, principalmente no período adaptativo, devido à falta de preparo e orientação quanto ao transtorno mental e à assistência em saúde ao membro doente (BESSA; WAIDMAN, 2013).

O termo “sobrecarga Familiar” atribui-se ao choque provocado pela presença do sofrimento psíquico no convívio familiar e envolve aspectos financeiros, práticos e emocionais a que se encontram submetidos àqueles familiares que se incumbem do cuidado necessário e exigido pelo usuário. Os familiares que convivem diariamente com pessoa em sofrimento psíquico, não dispõem de tempo nem de espaço suficiente para estabelecer outros relacionamentos. Acabam envolvendo-se apenas com assuntos relacionados à doença mental, tornando-os sobrecarregados pela responsabilidade e exigências ao cuidador e a pessoa de quem cuida. Tornar-se cuidador de um paciente psiquiátrico requer que os familiares coloquem suas necessidades e desejos em segundo plano (SANT'ANA, et al. 2011).

Os cuidadores que se responsabilizam pelos pacientes mais fragilizados investem grande parte do seu tempo e energia na busca de tratamento e nas investidas para que eles o aceitem em boa parte, os contatos são vivenciados como uma experiência frustrante, constrangedora e confusa. A Magnitude da sobrecarga dos familiares tem sido relacionada com algumas variáveis, tais como: características dos pacientes (diagnóstico, intensidade dos sintomas, grau de dependência, idade, sexo, duração da doença e número de hospitalizações), e características dos cuidadores (sexo, idade, escolaridade e nível socioeconômico). Influem, ainda, na sobrecarga a disponibilidade de redes de suporte social, a estrutura e a adequação dos serviços de saúde mental (OLIVEIRA; SÁ; ROCHA, 2011).

Além disso, os familiares convivem constantemente angustiados, pois se preocupam com o futuro de seu familiar com sofrimento psíquico, em especial, sobre como seriam suas vidas após a morte dos cuidadores atuais. Tornar-se cuidador de um paciente psiquiátrico gera sobrecarga, porque constitui uma quebra no ciclo esperado de vida, que pressupõe que pessoas adultas sejam independentes. Quando a mulher (esposa/mãe/dona de casa) é a acometida pelo sofrimento psíquico, parece afetar muito mais a estrutura da família, porque ela é o elo da família. Por intermédio dela ocorrem os acordos e intermediações com o restante da família. Sua internação afeta intensamente todos os seus integrantes, “pois a ausência da mãe do âmbito doméstico” é o principal fator de desorganização dos grupos familiares (OLIVEIRA; SÁ; ROCHA, 2011).

A sobrecarga pode colaborar para o aparecimento de problemas tanto na saúde física, como na psicológica do cuidador. Diante da sobrecarga a que esses familiares são submetidos como, por exemplo: acúmulo de tarefas; aumento de custos financeiros; limitação das atividades cotidianas; fragilização dos relacionamentos entre os familiares. A percepção pessoal do familiar sobre a experiência de conviver com o doente; seus sentimentos quanto à responsabilidade e preocupações que envolvem o cuidado São comuns problemas de hipertensão arterial, problemas cardíacos, de coluna, estresse, tensão, nervosismo, isolamento, desânimo, ansiedade, sintomas psicossomáticos e o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos (SCHEIN; BOECKEL, 2012).



4 Percurso Metodológico

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE PESQUISA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva com abordagem qualitativa.

O método exploratório foi selecionado por apresentar maior analogia com o estudo abordado, de acordo com Gil (2008), a pesquisa exploratória tem como intuito desenvolver, elucidar e transformar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses. Neste contexto, o uso da pesquisa descritiva permitiu ao pesquisador expandir sua experiência acerca de um grupo já definido pelo pesquisador, preocupando-se com a atuação prática.

No que se refere à abordagem qualitativa, segundo Richardson (2008), é caracterizada por ser uma pesquisa detalhada sobre um devido tema e constituída pelas situações apresentadas pelos entrevistados.

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I), localizado na rua: Sebastião Paulo de Sousa, no município de Cuité – PB. Esta cidade encontra-se situada na microrregião do Curimataú Ocidental da Paraíba.

A preferência do local foi baseada no fato da instituição atender uma grande demanda de atendimentos diários de indivíduos em sofrimento psíquico e, por conseguinte, um elevado número de familiares, proporcionando uma amostra aceitável para a pesquisa.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Atualmente a população no CAPS I- Cuité é composta por 78 usuários acompanhados pela equipe, sendo que destes 30 a 40 são ativos e cerca de 20 usuários frequentam diariamente o serviço. Entretanto, a amostra do estudo foi composta por cerca 20 familiares/cuidadores de sofrimento psíquico. Essa amostra foi construída por acessibilidade.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Para ser incluso na pesquisa os participantes apresentaram os seguintes requisitos: ser familiar ou cuidador do usuário do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o usuário deve estar participando ativamente do CAPS, o familiar ou cuidador de indivíduos em sofrimento psíquico deve estar disposto a participar voluntariamente da pesquisa, bem como assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Portanto, foram excluídos da pesquisa todos os que não se enquadraram nesses critérios.

4.5 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO PARA COLETA DO MATERIAL EMPÍRICO

Como técnica para coleta e análise de dados foi realizada uma abordagem com os participantes através do grupo focal, que teve como objetivo a interação dos familiares/cuidadores de sofrimento psíquico de forma a promover uma ampla problematização sobre as estratégias de enfrentamento para o cuidado em saúde mental: percepção da família.

Segundo Backes et al (2011), o grupo focal configura-se como uma entrevista em grupo, na qual a interação é parte integrante do método. No processo, os encontros grupais possibilitaram aos participantes explorarem seus pontos de vista, a partir de reflexões sobre uma determinada temática.

O material empírico foi coletado através da realização de um grupo focal com familiares e/ou cuidadores do usuário do CAPS, essa técnica possibilitou uma ampla problematização do problema abordado, para efetivação desse grupo focal elaboramos questões norteadoras (APÊNDICE A) com perguntas subjetivas, a fim de atingir os objetivos propostos no que se refere aos familiares ou cuidador de sofrimento psíquico com a utilização de um gravador (MP3), onde tivemos a possibilidade de escutar e ao mesmo tempo gravar o que foi dito no grupo. Esta técnica foi escolhida porque promove uma maior interação entre os integrantes, bem como possibilitou que os mesmos explorassem seus pontos de vista a partir de uma determinada questão problematizadora, motivando suas próprias perguntas e buscando respostas pertinentes à questão sob investigação.

Para a elaboração do roteiro de entrevista semi-estruturado, foram levantadas algumas questões pertinentes ao convívio dos familiares/cuidador de sofrimento psíquico, sua responsabilidade imposta pela sociedade e as mudanças no cotidiano desses familiares.

O grupo focal foi realizado em horário previamente estabelecido entre pesquisador e os sujeitos da pesquisa. Foi solicitada previamente assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do participante voluntário (APÊNDICE B) antes da participação no grupo focal.

4.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO

O material empírico foi discutido através da técnica de Análise de conteúdo proposta por Bardin (2006). A análise de conteúdo partiu de um plano mais superficial para atingir um plano mais aprofundado que foi além dos significados imediatos, onde se utilizou procedimentos sistemáticos de descrever o conteúdo. Dessa forma utilizamos à análise de conteúdo tipo categorial-temática.

De acordo com Bardin (2006) as fases da análise categorial-temática organizam-se em torno de três etapas: a pré-análise por meio de leituras flutuantes, a qual permite que o alvo da leitura ganhe clareza para o pesquisador, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos, em que se realiza pela interpretação dos significados suscitados pelos discursos após a categorização do material em temas e subtemas.

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com os aspectos éticos da pesquisa, envolvendo seres humanos recomendados pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que aborda os deveres e direitos do pesquisador e sujeito. Esta visa principalmente pelo anonimato e sigilo das informações colhidas, na qual trata o sujeito em sua dignidade, respeitando-o em sua autonomia, defendendo-lhe em sua vulnerabilidade, comprometendo-nos com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos (beneficência), garantindo que danos previsíveis serão evitados (não maleficência) e que haja igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (justiça e equidade) (BRASIL, 2012).

No cumprimento dos requisitos éticos, foi solicitada aos participantes a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) em que os sujeitos têm preservada sua participação voluntária, tendo liberdade de se retirar do estudo antes, durante ou após a finalização da coleta do material empírico, sem risco de qualquer

penalização. Assim como a assinatura do Termo de Compromisso do pesquisador por parte dos pesquisadores responsáveis (APÊNDICE).

Para manter o anonimato dos participantes adotaremos um sistema de código para identificá-los e por se tratar de um estudo envolvendo seres humanos, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG e só foi desenvolvido após aprovação.



5 Análise e Discussão

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

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

A análise do material coletado foi composta por familiares cuidadores de indivíduos acometidos por sofrimento mental usuários do CAPS I – Cuité. A amostra foi composta por 20 familiares/cuidadores, cerca de quinze participantes com faixa etária de 40 a 60 anos e genitora. Cinco participantes com faixa etária de 25 a 40 anos.

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

Através das questões norteadoras desta pesquisa e assim dando continuidade ao estudo, foi analisado as percepções dos familiares acerca do cuidado ao indivíduo em sofrimento psíquico e as prováveis repercussões deste cuidado em suas vidas; avaliado a existência de sobrecarga nesta modalidade de cuidado, e identificado quais danos esses familiares evidenciam no cotidiano familiar e quais as estratégias elaboradas por estes familiares que ajude a atenuar a sobrecarga e, conseqüentemente, promover uma melhor assistência no cuidado em sofrimento psíquico, bem como as dificuldades que os mesmos encontram para cuidarem de si mesmos.

5.1 Categoria I – Significado do Cuidado

Franco (2013) discorre que o cuidado é o que aproxima as pessoas do amor, do meio ambiente, da espiritualidade, pois é visível a necessidade que o ser humano tem de ser cuidado e cuidar do outro. Sendo uma forma de sobrevivência e existência, perfaz com que as coisas e as relações durem muito mais. Quando se cuida, pressupõe-se gerar no ser cuidado um sentimento de retribuição, carinho, compreensão, ou seja, um sentimento a ser oferecido buscando-se vários outros ocultos. Por isso, quando se oferece um sentimento, resgata-se e

aprimora-se o sentimento dos outros, com a finalidade recíproca de que isso perpetue por um longo tempo entre um e o outro.

Os participantes entrevistados descrevem por meio de suas falas uma perfeita compreensão acerca do cuidado na sua concepção:

“Cuidado é você ter interesse na vida do outro, se preocupar, dar carinho, atenção é saber apoiar nos momentos difíceis como também ensinar o certo e o errado, até porque cuidar também é educar”. (Participante 7)

“Cuidado é você fazer o bem, até porque à gente só cuida e se preocupa com quem a gente ama”. (Participante 13)

A capacidade de cuidar é essencial para o desenvolvimento do ser. O cuidado ocorre por uma força que move a capacidade humana de cuidar, evocando esta habilidade em nós e nos outros, ao satisfazer uma resposta a algo ou alguém que importa, atualizando nosso potencial para cuidar. O cuidado pode ser nutrido, desenvolvido e, por meio dele, seres humanos podem resgatar sua humanidade (WALDOW; BORGES, 2011).

São comportamentos básicos de cuidar são: compaixão, competência, confiança, consciência e compromisso. O cuidado, portanto, engloba atos, comportamentos e atitudes. Os atos realizados no cuidado variam, de acordo com as condições em que ocorrem as situações e com o tipo de relacionamento estabelecido. Existem tipos diferentes ou maneiras distintas de cuidar, que variam de intensidade. A maneira de cuidar vai depender da situação, da forma como nos envolvemos com ela e, nesta situação, com o sujeito, motivo de atenção do cuidado (WALDOW; BORGES, 2011)

O cuidado é definido como comportamentos e ações que envolvem conhecimento, valores, habilidades e atitudes, empreendidas com o propósito de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer. Deste modo, faz parte das necessidades básicas para a sobrevivência da vida humana o cuidar de si, o cuidar do outro e o ser cuidado (OLIVEIRA; CIRILO; COSTA, 2013).

Os que exercem a função de cuidar ocupam-se em suprir as necessidades de autocuidado e atenção a indivíduos portadores de certo grau de dependência, em um intervalo de tempo que pode variar de poucos dias até a um longo período de tempo (OLIVEIRA; CIRILO; COSTA, 2013).

O cuidador é quem assume a responsabilidade de cuidar, de dar suporte ou de assistir alguma necessidade de um indivíduo cuidado, objetivando a melhoria de sua saúde. Observa-

se, portanto, que o ato de cuidar envolve o comprometimento de alguém para com outro alguém, seja este cuidado empírico e altruísta. Ser cuidador de indivíduos acometidos por sofrimento psíquico acarreta no cotidiano do cuidador um maior tempo de dedicação, atenção. De acordo com os relatos dos participantes da pesquisa os familiares cuidadores consomem a maior parte de seu tempo dedicando-se atendendo as necessidades do familiar em sofrimento psíquico de forma a colocar suas necessidades e desejos em segundo plano. Os participantes abordam as seguintes informações acerca do que significa cuidar de um familiar em sofrimento mental:

“Cuidar de um filho especial é um trabalho dobrado”. (Participante 1)

“Cuidar de um filho especial exige um maior tempo de dedicação”.
(Participante 7)

“O cuidado é direto! Às vezes estou dormindo é acordo para saber como ele estar, porque a pessoa fica preocupada, fica pensando será que ele tá bem?, ai vou olhar como ele estar. Quando passa cinco ou dez minutos que ele não chega da escola já fica preocupada pensando que foi atropelado ai acabo deixando meus afazeres e vou atrás dele”. (Participante 12)

Nestes relatos fica evidente que cuidar de um familiar sofrimento psíquico requer uma responsabilidade maior. Segundo Sant’ana et al. (2011), afirma que a atenção e o cuidado oferecido ao sofrimento psíquico são de extrema importância, pois ele apresenta uma necessidade de atenção maior e contínua, parecendo ser essa uma das tarefas executadas pelo cuidador. Ao assumir tal função, o familiar cuidador passa a desempenhar diretamente o papel de observador, avaliador, determinando as ações e decisões a serem tomadas, surgindo, assim, o estresse e a ansiedade pela transformação das situações vivenciadas. Este familiar passa a viver um cotidiano impregnado de preocupação. Nesse sentido, os transtornos mentais são vividos de maneira coletiva, pelo grupo familiar como um todo. Quando um membro familiar adoece, toda a sua rede de relações se altera, sendo a família, na maioria das vezes, o grupo primário de inserção de um indivíduo.

O autor supracitado refere que cuidar de uma pessoa em sofrimento psíquico impõe aos familiares situações associadas aos sintomas da doença, com as quais nem sempre está preparado para lidar. Estas situações incluem comportamentos de descontrole do familiar

doente, que se torna mais agressivo e inquieto, causando um clima de intranquilidade que foge aos padrões até então conhecidos pelos que com ele convivem e que afetam toda a estrutura familiar. Em face destes comportamentos, os familiares demonstram sentimentos de insegurança e medo.

O adoecimento mental causa profundo impacto na vida familiar. O processo de adaptação não é estático, provavelmente a família adota diferentes modos de lidar com as demandas da doença ao longo do tempo, de acordo com a própria evolução da doença, do doente e da vida familiar. Assim também a sobrecarga que o cuidado cotidiano com o sofrimento psíquico impõe à família deve variar ao longo do tempo (BARBOSA, 2011).

Ter um familiar com portador de sofrimento psíquico no contexto familiar provoca importantes mudanças no ambiente e na rotina familiar. A convivência diária com o usuário altera o cotidiano, as atividades de lazer, profissionais e os relacionamentos sociais de toda a família. Essas alterações desestabilizam a estrutura e o funcionamento familiar, exigindo uma adaptação e reorganização em torno das necessidades do usuário, que precisa de cuidados em todas as áreas da sua vida, durante a maior parte do tempo. (SCHEIN; BOECKEL, 2012)

O cuidado atribuído ao sofrimento psíquico demanda uma maior atenção, acarretando ao familiar cuidador interferências no cotidiano oriundas do acúmulo de tarefas, limitações das atividades cotidianas sobrecarregando o familiar cuidador e causando mudanças no ambiente familiar.

5.2 Categoria II - Interferência e convivência com o sofrimento psíquico

Quando cuidamos mostramos ao outro o quanto ele é importante, e para isso é preciso ter responsabilidade, preocupação e dedicar parte da sua vida ao outro. Muitas vezes, o familiar responsável concentra sua dedicação e seu tempo no cuidado à pessoa com sofrimento psíquico, o que pode levar a transformações na sua vida, como dificuldades no trabalho e diminuição do lazer.

Na pesquisa observamos através dos relatos que a interferência e as mudanças estão presentes no contexto das famílias, porém de formas distintas. Para alguns participantes o diagnóstico cedo do transtorno mental no ambiente familiar gera uma adaptação com as limitações e exigências imposta, ou seja, houve interferência, porém como a família passa muito tempo no cuidado as mudanças e interferências acabam fazendo parte da rotina familiar. Os relatos que seguem enfatizam essa questão:

“Não interfere, até porque a gente se acostuma com a situação, ele apresentou esse problema quando era criança ainda”. (participante 2)

“Não interfere, porque a gente aprende desde cedo a conviver com o problema”. (Participante 4)

Outros participantes relatam que essa interferência é percebida de forma drástica. As participantes seguintes falaram dessa interferência da seguinte forma:

“Interfere na rotina, porque quase todos os meus horários estão voltado para ele, seja aqui no CAPS ou no dia-dia”. (Participante 9)

“Interfere sim principalmente eu que trabalho, tem que estar participando constantemente das reuniões aqui no CAPS, até porque preciso saber como ele tá”. (Participante 12)

As reuniões as quais o participante 9 e 12 se referem, trata-se de reuniões que o CAPS - I Cuité promove quinzenalmente com grupos de familiares, dessa forma possibilita uma interação e compartilhamento das vivências entre os participantes, constituindo um espaço de troca de conhecimento e de experiências. Os profissionais têm a oportunidade de orientar e esclarecer o familiar quanto às situações da vida cotidiana.

Uma vez que, de acordo com Grandi e Waidman (2012) a convivência com o sofrimento psíquico no ambiente familiar é difícil, pois envolve muitas questões, tais como, o preconceito não só com seu familiar, mas com toda a família, a exclusão do familiar acometido pelo sofrimento psíquico, o medo e a vergonha pelos sintomas da doença, além do fato de que, nem sempre os membros familiares conseguem lidar com toda a diversidade e complexidade que envolve o transtorno mental, como, por exemplo, as mudanças na rotina da casa que incluem alterações nos horários das refeições, na lavagem das roupas, nas compras, nas atividades de recreação e lazer, entre outras.

Desta forma, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tem papel fundamental no apoio a família e usuário. No CAPS I – CUITÉ configuram-se como atividades de atenção à família o acolhimento, a visita domiciliar, o atendimento individual e em grupo aos familiares, buscando, assim, implementar essa parceria e a interação entre os atores desse processo. Alguns entrevistados relataram em seus discursos o CAPS como estratégia de

enfrentamento para as atribuições diárias e na efetivação do tratamento oferecido a seus familiares:

“Hoje interfere menos, antigamente a gente sofria demais ele era agressivo, vivia saindo de casa ele era internado direto, depois que ele começou a vir para o CAPS ele passou a tomar os remédios e as meninas aqui do CAPS ajudam muito”. (Participante 19)

“Depois que ele começou a vir para o CAPS mudou demais, ele começou a tomar os remédios, o pessoal daqui ajuda muito logo aqui tem psicólogo, tem médico”. (Participante 15)

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) constituem uma estratégia de lidar não apenas com pessoas em adoecimento mental, incluindo em suas ações a participação e colaboração dos familiares, amigos e cuidadores dos usuários que os frequentam como atores integrantes do processo ao oferecerem um leque de atividades voltadas para os usuários e seus familiares, garantem o atendimento, o tratamento e o acompanhamento com vistas à inclusão social e ao resgate da cidadania (CARVALHO, et al. 2013).

A família é a instituição fundamental para a reabilitação do usuário junto à comunidade, na qual este está inserido. O envolvimento da família no tratamento dos usuários contribui para diminuir das recaídas e o número de internações psiquiátricas dos pacientes com transtorno mental severo. É primordial trabalhar com as famílias dos usuários, a fim de se resgatar a importância da não exclusão da pessoa em sofrimento psíquico do convívio familiar. Nesse sentido, torna-se imprescindível a participação do familiar no contexto da atenção psicossocial oferecida pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), desde sua inclusão na elaboração do plano terapêutico, nos grupos de familiares, nas reuniões e assembleias até o próprio suporte terapêutico que se faz necessário (CORTES, et al. 2013)

As interferências causadas no cotidiano familiar divergem em circunstâncias entre familiares, apesar de alguns participantes referirem que a convivência com o portador de sofrimento psíquico no contexto familiar não causam interferências no cotidiano da família, podemos perceber na categoria seguinte que todos os participantes referem à sobrecarga no cuidado, subentende-se que existe a interferências, porém não percebida pelos participantes.

5.3 Categoria III – Sobrecarga no cuidado ao sofrimento psíquico

Apesar de alguns familiares cuidadores negarem interferências no contexto familiar, todos os participantes da pesquisa afirmaram a existência da sobrecarga e do estresse, oriundos do cuidado ao sofrimento psíquico. A sobrecarga é atribuída ao excesso de trabalho e o estresse decorrente da difícil convivência com o sofrimento psíquico, sobretudo, em situações de grande dependência do indivíduo que recebe cuidado. Os depoimentos a seguir evidenciam a sobrecarga e o estresse no cotidiano familiar:

“Existe estresse e a sobrecarga, mas a sobrecarga ainda é maior, eu mesmo tenho que dar banho, tem que dar os medicamentos na mão dele e esperar ele tomar, tem que colocar ele para dormir e ainda trabalho fora, por isso acabo ficando sobrecarregada”. (Participante 10).

“Os dois existe, porque fico sobrecarregada com a quantidade de tarefas do dia a dia e às vezes não tenho tempo para resolver outros assuntos”. (Participante 13)

“O estresse e a sobrecarga faz parte do dia-dia, já que tudo dele é comigo, tenho que ficar em cima pra ele comer, tomar banho e tantas outras coisas aí a gente acaba de estressando e perdendo a paciência”. (Participante 14)

Para Cardoso; Galera; Vieira (2012) as consequências adversas do adoecimento mental de um familiar para as famílias vêm sendo sistematicamente documentadas e apontam para o fato de que todas as áreas do funcionamento familiar são afetadas pela presença da doença mental. É importante notar que a sobrecarga relacionada ao cuidado em saúde mental é um fenômeno facilmente perceptível e que persiste mesmo quando o paciente responde positivamente a tratamentos inovadores e efetivos.

Os autores acima supracitados ainda enfatizaram que esta sobrecarga pode estar atribuída a acúmulo de tarefas, aumento de custos financeiros, limitação das atividades cotidianas, fragilização dos relacionamentos entre os familiares, à percepção pessoal do familiar sobre a experiência de conviver com o doente, seus sentimentos quanto à responsabilidade e preocupações que envolvem o cuidado à sua saúde, a falta de autonomia do indivíduo em sofrimento psíquico é vista como um aspecto negativo que gera tensão e preocupação, afetando o cuidador emocionalmente.

A família sofre intensamente com a situação da pessoa adoecida, vivenciando sentimentos de aflição, depressão, isolamento, tristeza crônica, culpa e angústia. A presença do sofrimento psíquico provoca ruptura da rotina existencial da família, na qual o principal cuidador passa a colocar suas próprias necessidades e vontades em segundo plano, tornando-se sobrecarregado por arcar com os ônus gerados pela doença. Em vista disso, o modelo atual vigente da Rede de Atenção Psicossocial tem como meta a reinclusão das pessoas com sofrimento psíquico, na comunidade e na família, através da recuperação da autoestima e reestruturação de vínculos, oferecendo apoio à família no intuito de amenizar o sofrimento tanto do usuário quanto do cuidador (GOMES; MELLO, 2012).

A sobrecarga familiar é compreendida em objetiva e subjetiva, a primeira se refere às consequências negativas concretas e observáveis resultantes do papel de cuidador, tais como perdas financeiras, perturbações na rotina da vida familiar, excesso de tarefas que o familiar deve executar no cuidado diário com o paciente e supervisões aos comportamentos problemáticos do paciente, sendo estes aspectos considerados como estímulos estressores para os familiares. A sobrecarga subjetiva se refere à percepção ou avaliação pessoal dos familiares sobre a situação, envolvendo sua reação emocional e seu sentimento de estar sofrendo uma sobrecarga, atribuída por eles ao papel de cuidador. Refere-se ao grau em que os familiares percebem os comportamentos ou a dependência dos pacientes como fonte de preocupação ou tensão psicológica (GRANDI; WAIDMAN, 2012).

5.4 Categoria IV – Estratégias de enfrentamento para as adversidades

Ao analisar o material coletados é perceptível a dificuldade que os familiares/cuidadores encontram para traçar estratégias frente às adversidades diárias. Todos os participantes referiram a fé como um forte aliado para superar as dificuldades diárias. As falas a seguir enfatizam essa questão:

[...] dificuldade todo mundo tem, independente de ter um parente especial ou não, mas quando a gente crer em Deus todos os problemas e as dificuldades vai embora. (Participante 6)

Quando tenho muitos problemas vou à igreja, Deus é tão maravilhoso que quando a gente vê não existe nenhuma dificuldade. (Participante 7)

Só Deus para ajudar nos momentos de dificuldades. (Participante 19)

No confronto com a doença as pessoas ficam fragilizadas emocionalmente, muitas vezes recorre a uma ajuda espiritual, seja na hora da dor, da desesperança, e na busca de significados para os eventos de sua vida. A religião e a oração mostraram-se fundamental para proporcionar à família um meio de súplica e intercepção por um amado. A fé em um Deus maior acaba sendo determinante na auto-esperança da família (BALDUÍNO, et al. 2011).

A influência da religiosidade sobre a saúde mental é um fenômeno resultante de vários fatores como: estilo de vida, suporte social, um sistema de crenças, práticas religiosas, formas de expressar estresse, direção e orientação e que maiores níveis de envolvimento religioso estão associados positivamente a indicadores de bem-estar psicológico, como satisfação com a vida, afeto positivo e moral elevado, felicidade, melhor saúde física e mental (OLIVEIRA; JUNGES, 2012).

A doença pode tornar-se uma situação de aproximação com o divino na tentativa de salvação ou de resolução dos problemas. Quanto mais apegada aos aspectos espirituais mais a família identifica recursos e mantém sua energia para levar a situação estressante adiante. A religião ou religiosidade não tem poder de resolver a situação instantaneamente, mas sim, de ir renovando as energias para que a família vá identificando recursos e aprendendo a lidar com as situações. A família utiliza recursos de ordem religiosa para entender a doença e a lidar com ela. Assim, crenças religiosas e valores são utilizados pela família para ajudar a dar sentido ao evento de doença do familiar em sofrimento psíquico. A estratégia religiosa é buscada para fornecer uma explicação para o inevitável na busca por apoio a sua aflição (BOUSSO, et al. 2011)

O novo modelo de assistência ao indivíduo em sofrimento psíquico promoveu a desinstitucionalização e a reintegração do indivíduo em sofrimento psíquico na família e na comunidade, no entanto existem divergências no que concerne o convívio do sofrimento psíquico no ambiente familiar. A doença mental representa impacto para a família ocasionando desorganizações nas formas habituais de lidar com situações do cotidiano. Todas as áreas de funcionamento familiar são afetadas pela presença do sofrimento psíquico no ambiente familiar.

Ao analisar a fala dos participantes da pesquisa, podemos perceber que os familiares cuidadores desenvolveram a fé como estratégia de enfrentamento para amenizar a sobrecarga atribuída ao cuidado oferecido ao familiar em sofrimento mental. Os participantes da pesquisa também enfatizam o CAPS como sendo uma estratégia para atenuar a sobrecarga oriunda da

presença do sofrimento psíquico no contexto familiar. Diante desse cenário os serviços extra-hospitalares devem munir as famílias de informação pertinente à patologia, sintomatologia da doença, conhecer sua história, cultura, crenças, valores, hábitos e costumes para que dessa forma possa amenizar a sobrecarga dos familiares e resgatar a dignidade e autonomia do indivíduo em sofrimento psíquico.



6 Considerações Finais

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisamos as percepções dos familiares acerca do cuidado ao sofrimento psíquico e as prováveis repercussões deste cuidado em suas vidas percebemos a importância da família no tratamento, acompanhamento e desenvolvimento do indivíduo em sofrimento psíquico no contexto familiar e na reinserção social. A família é principal elo de comunicação no contexto social.

O processo de desinstitucionalização incluiu a família como parte integrante do tratamento a sofrimento psíquico, no entanto demandou maior responsabilidade dos familiares a cerca do cuidado oferecido ao indivíduo em sofrimento psíquico, acarretando dessa forma mudanças bruscas no cotidiano da família, gerando sobrecarga e estresse no contexto familiar.

O novo modelo de assistência ao sofrimento psíquico acarretou no cotidiano das famílias impacto no que diz respeito às adaptações decorrente da convivência com os demais integrantes da família. Esta por sua vez, passou a garantir as necessidades básicas do familiar doente, essas atribuições geram no cuidador sentimentos de angústia e aflição.

No que concerne às estratégias elaboradas por estes familiares que ajude a atenuar a sobrecarga e, conseqüentemente, promover uma melhor assistência no cuidado ao sofrimento psíquico, foi identificado nas análises que os cuidadores/familiares identificaram como estratégia para enfrentar as atribuições diárias a fé sendo a principal força para superar as dificuldades e o CAPS como sendo um suporte para amenizar a sobrecarga da família.

Por todos estes aspectos, vale ressaltar a importância do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no que diz respeito ao apoio e cuidado aos familiares e usuários destes serviços, sendo imperativo que estes serviços devam acolher o sofrimento das famílias e minimizar sua sobrecarga emocional por meio da oferta de espaços acolhedores e facilitadores de ações e de troca de experiências entre os próprios cuidadores, para compartilhar dúvidas, angústias e alegrias em um movimento de proximidade com o tratamento e em direção à autonomia dos pacientes e à diminuição do sofrimento das famílias.

O CAPS I – Cuité instituiu grupos de apoio aos famílias/cuidadores, tendo a finalidade de esclarecimentos a cerca do comportamento, sintomatologia da doença e tratamento, a importância do uso dos medicamentos, bem como os efeitos colaterais dos mesmos, realizam visitas domiciliares no intuito de conhecer a realidade e contexto social de cada família, promove a essas famílias apoio de forma a transmitir segurança e confiança

entre usuários, familiares e a equipe. Dessa forma efetivando a assistência oferecida aos usuários e aos familiares/cuidadores.

A partir dos dados coletados foi possível conhecer e analisar os principais problemas enfrentados pelos familiares cuidadores de portadores de sofrimento psíquico. Na categoria I – percebemos através das falas dos participantes entrevistados o significado de cuidado na concepção do grupo, os participantes enfatizaram que o cuidado consiste dedicar parte de sua vida ao outro de forma a promover o bem estar físico emocional e psicológico ao ser cuidado.

Categoria II - as mudanças e as interferências decorrentes da convivência com o sofrimento psíquico no contexto familiar divergem entre os participantes da pesquisa. O grau de mudanças percebidas no contexto familiar pode estar relacionado às características dos indivíduos em sofrimento psíquico como o diagnóstico, intensidade dos sintomas, grau de dependência, idade, sexo, duração da doença e número de hospitalizações, parentesco e frequência de contato entre cuidador e o familiar em sofrimento psíquico, e características dos cuidadores sexo, idade, escolaridade e nível socioeconômico.

Na categoria III, todos participante referem a sobrecarga gerado pelo ônus da doença no ambiente familiar que por sua vez, causa mudanças na rotina existencial da família, altera o cotidiano, as atividades de lazer, profissionais e os relacionamentos sociais de toda a família. Essas alterações desestabilizam a estrutura e o funcionamento familiar, exigindo uma adaptação e reorganização em torno das necessidades do usuário.

Na categoria IV – identificamos mediante as falas dos participantes da pesquisa, que os familiares cuidadores desenvolveram a fé como estratégia para superar as dificuldades diárias e que o apoio proporcionado pelo CAPS I – Cuité é essencial para amenizar a sobrecarga causada pela doença no ambiente familiar.

Há de considerar que ainda existam lacunas a serem preenchidas para se efetivar uma oferta qualificada a estes atores (usuários/cuidadores-familiares), que de fato, possam empoderar estes sujeitos e minimizar seus sofrimentos. Para tanto, torna-se essencial que se reconheça o tipo de famílias existentes, se fortaleça a rede de atenção psicossocial da região, e que os vínculos entre familiares e usuários sejam alicerçados numa relação de respeito, onde a singularidade e individualidade de todos sejam preservadas, de forma que os familiares/cuidadores não se sintam sobrecarregados, e os portadores de sofrimento psíquico possam resgatar sua cidadania e autonomia.



Referências

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. C. M. C. H.; FELIPES, L.; DAL POZZO, V. C. O impacto causado pela doença mental na família. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 6, p. 40-47, 2011. Disponível em <<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rpesm/n6/n6a07.pdf>>. Acesso em 22 de fev. 2014.

AMARANTE, P.; DIAZ, S. F. Os movimentos sociais na reforma psiquiátrica. **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 83-95, jan./jun. 2012. Disponível em <<http://www.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2022/2309>> Acesso em 22 jun. 2013.

BACKES, D. S. et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O Mundo da Saúde**, v. 35, n. 4, p. 438-442, 2011. Disponível em <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/88/10_GrupoFocal.pdf> Acesso em 22 de jun. 2013.

BALDUÍNO, L. S. C. et al. Spirituality, coping and nursing: an integrative literature review. **Journal of Nursing UFPE [on line]**, v. 5, n. 2, p. 481-488, 2011. Disponível em <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/Article/1737>> Acesso em 19 de fev. 2014.

BESSA, J. B.; WAIDMAN, M. A. P. Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 22, n.1, p. 61-70, jan./mar. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_08.pdf>. Acesso em 28 de jun. 2013.

BERLINCK, M. T.; MAGTAZ, A. C.; TEIXEIRA, M. A. Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 21-27, mar. 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v11n1/a03v11n1.pdf>> Acesso em 15 de set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental**. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925> Acesso em 18 de set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Ética em pesquisa. **Normas para Pesquisa envolvendo seres humanos**: Resolução CNS 466/12 e outras. Brasília: MS, 2012.

_____. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004. 86 p. ilust. color. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso 24 de ago. 2013.

_____. **Portaria GM 3088, de 23 de dezembro de 2011.** Disponível em <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>> Acesso 01 de dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE: Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e políticas de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

CARDOSO, L; GALERA, S. A. F.; VIEIRA, M. V. O cuidado e a sobrecarga do cuidado à saúde de pacientes egressos de internação psiquiátrica. **Acta Paulista de Enfermagem.** São Paulo, v. 25, n. 4, p. 23-517, 2012. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/06.pdf>> Acesso em 10 jun. 2013.

CAVALHERI, S. C. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v. 63, n. 1, p. 51-57, jan./fev. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100009> Acesso em 21 de jun. 2013.

CLASEN, B. N. KANTORSKI, L. P. SCHWARTZ, E. Sofrimento psíquico e família. **Ciência, Cuidado e Saúde,** Rio Grande do Sul, v. 7, 2013. Disponível em <<http://eduemojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/6688/pdf>> Acesso em 22 de jun. 2013.

CARVALHO, M. A. P. de et al. Contribuições da terapia comunitária integrativa para usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): do isolamento à sociabilidade libertadora Contributions by integrative community therapy. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 29, n. 10, p. 2028-2038, 2013. Disponível em <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v29n10/a19v29n10.pdf>> Acesso em 01 de mar 2013

FREIRE, F. H. SILVA, V. N. OLIVEIRA, M. F. O “programa de volta pra casa” no campo da saúde coletiva e saúde mental: estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. **Revista Científica da Escola de Saúde,** Natal, v. 2, n. 1, p. 51-62, 2012. Disponível em <<http://repositorio.unp.br/index.php/catussaba/article/view/209/231>> Acesso em 15 de set. 2013.

FRANCO, E. C. Educar com afeto: da Pedagogia de Wallon ao Cuidado de Boff, um estudo reflexivo-descritivo do cultivo do amor ao próximo. **Protestantismo em Revista**, v. 30, p. 66-77, 2013. Disponível em <<http://est.tempsite.ws/periodicos/index.php/nepp/article/view/472/847>> Acesso em 20 de fev. 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de Pesquisas**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, M. S.; MELLO, R. Sobrecarga gerada pelo convívio com o portador de esquizofrenia: enfermagem construindo o cuidado à família. **SMAD - Revista eletrônica saúde mental, álcool e drogas**, v. 8, n. 1, p. 2-8, 2012. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v8n1/02.pdf>> Acesso em 22 de fev. 2014.

GONÇALVES, J. R. L.; LUIZ, M. A. V. Atendimento ao familiar cuidador em convívio com o portador de transtorno mental. **Revista de Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 272-277, abr./jun. 2010. 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=561992&indexSearch=ID>>. Acesso em 08 jun. 2013.

GONÇALVES, R. W.; VIEIRA, F. S.; DELGADO, P. G. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. **Revista Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 51-8, 2012. Disponível em <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v46n1/3113.pdf>>. Acesso em 29 de jun. 2013.

GUIMARÃES, A. N. et al. O tratamento ao portador de transtorno mental: um diálogo com a legislação federal brasileira (1935-2001). **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 274-82, abr./jun. 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/08.pdf>> Acesso em 16 de ago. 2013.

GRANDI, A. L.; WAIDMAN, M. A. P. Convivência e rotina da família atendida em CAPS. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 4, p. 763-772, 2012. Disponível em <<http://eduejojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18321>> Acesso em 04 de fev. 2013.

MATTIONI, F. C. et al. Refletindo acerca do cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico: o processo de inclusão aliado a desinstitucionalização. **Ciências, Cuidado e Saúde**, v. 7, 2013. Disponível em <http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:2YRL5MIxX24J:scholar.google.com/+Cuidado+ao+portador+de+sofrimento+ps%C3%ADquico&hl=pt-BR&as_sdt=0,5&as_ylo=2009> Acesso em 23 de jun. 2013.

MIELKE, F. B. et al. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio Grande de Sul, v. 14, n. 1, p. 159-164, 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a21v14n1.pdf>> Acesso em 11 de jul. 2013.

OLIVEIRA, M. D. SÁ, M. F.; ROCHA, M. L. Percepção da sobrecarga familiar nos cuidados ao paciente psiquiátrico crônico. **Revista Cofen Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 2, n. 4, p. 245-247, 2011. Disponível em <<http://www.revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/193/129>>. Acesso em 11 de jul. 2013.

RICHARDSON, R. J. et al. Pesquisa Social: métodos e técnicas. 3. ed. revista e ampliada. São Paulo: Atlas, 2008.

ROCHA, R. M. **Enfermagem em saúde mental**. 2 ed., atual. e ampl. 9. reimpr. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2010. p. 41-44.

SANT'ANA, M. M. et al. O significado de ser familiar cuidador do portador de transtorno mental. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 50, jan./mar. 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/06.pdf>> Acesso em 26 de jun. 2013.

SCHEIN, S. BOECKEL, M. G. Análise da sobrecarga familiar no cuidado de um membro com transtorno mental. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 3, n.2, p.32-42, 2012. Disponível em <<http://stat.entrever.incubadora.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/1474/1769>> Acesso em 11 de jul. 2013.

TAVARES, C. M. M.; SOUZA, M. T.; RODRIGUES, S. P. Participação da comunidade nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental** [on line]. Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 936-946, abr./jun. 2010. Disponível em <http://www.seer.ufririo.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/541/pdf_28> Acesso em 30 de jun. 2013.

WAIDMAN, M.A.P. et al. Estratégia de cuidado a famílias de portadores de transtornos Mentais: experiências de um grupo de pesquisa. **Ciência, Cuidado, Saúde**, Paraná, v. 8, n. supl, p. 97-103 2009. Disponível em <<http://eduemojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9724>> Acesso em 11 de jun. 2013.

WAIDMAN, M.A.P.; SCARDELLI, A.G.C.; PANDINI, A. Estratégias de cuidado ao portador de transtorno mental: atendimentos da equipe de saúde da família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Paraná, v. 9, n. 4, p. 806-814, out./dez. 2011. Disponível em <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/13848>> Acesso em 10 jun. 2013.



Apêndices

APÊNDICE A
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Questões Norteadoras do grupo focal

1. Para vocês o que significa cuidado?
2. Pra vocês o que é cuidar de uma pessoa que tem doença mental?
3. O que essa doença interfere no cotidiano de vocês e de sua família?
4. Existe estresse e sobrecarga quando você cuida dessa pessoa? Por quê?
5. O que mudou no cotidiano familiar?
6. Quais as estratégias que vocês criaram para superar essas dificuldades?
7. Vocês se consideram fortes? Em quem vocês se apoiam nos momentos de dificuldade?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

O (a) Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **intitulada: ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: Percepção da família em Cuité – PB**, que tem como **objetivos**: Analisar quais as estratégias de enfrentamento elaboradas no cotidiano dos cuidadores do portador de sofrimento psíquico, para amenizar a sobrecarga no cuidado, investigar as percepções dos familiares acerca do cuidado ao portador de sofrimento psíquico e as prováveis repercussões deste cuidado em suas vidas, avaliar se existem agentes estressores\sobrecarga nesta modalidade de cuidado, e quais danos esses familiares evidenciam no cotidiano familiar, verificar quais as estratégias elaboradas por estes familiares para uma melhor convivência e consequentemente um melhor cuidado do portador de sofrimento psíquico. Este é um estudo baseado em uma abordagem qualitativa, utilizando como método um grupo focal com familiares e/ou cuidadores do usuário do CAPS, para efetivação desse grupo focal elaboramos questões norteadoras com perguntas subjetivas a fim de atingir os objetivos propostos no que se refere aos familiares ou cuidador de portador de sofrimento psíquico, as respostas dos familiares ou cuidador será gravada.

Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os **dados coletados** serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista semiestruturada com perguntas subjetivas.

O (a) Sr(a) não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos** de qualquer natureza relacionada à sua participação. O **benefício** relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem em saúde mental.

O (a) Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, em caso de dúvidas poderei contatar as pesquisadoras através dos telefones: (83) 93144942 (Orientadora) e (83) 91868139 (Orientanda). O endereço da pesquisadora responsável é: Rua João Alves Diniz, 42, Castelo Branco. Campina Grande/PB.

O Sr. (a) poderá contactar também para maiores esclarecimentos o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/ HUAC/ UFCG) que tem sede e funciona na Rua Dr. Carlos Chagas, s/ nº, edifício do Hospital Universitário Alcides Carneiro, em ambiente designado e identificado para este fim, no Bairro São José, cidade de Campina Grande – PB, CEP: 58401 - 490, Telefone: (83) 2101 – 5545.

Nesse sentido, declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Colaborador da Pesquisa: _____

(Assinatura)

ORIENTADORA
Prof.^a Ms. PRISCILLA MARIA DE
CASTRO SILVA
CEL. (83) 8844-0225
E-mail: priscillamcs@hotmail.com.br

ORIENTANDO
ALINE PEREIRA DA SILVA
CEL. (83) 9632-3395
E-mail: line-ps@hotmail.com.br

Cuité, _____ de _____ 2013

APÊNDICE C

TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE (UFCG)

TERMO DE COMPROMISSO DO(S) PESQUISADOR(ES)

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo-assinados, respectivamente, autor e orientada da pesquisa intitulada Estratégias de enfrentamento para o cuidado em saúde mental: percepção da família, assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado. Reafirmamos, igualmente, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das gravações correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de cinco anos após o término desta. Apresentaremos semestralmente e sempre que solicitado pelo CEP/HUAC (Comitê de Ética em Pesquisa/Hospital Universitário Alcides Carneiro), ou CONEP (Conselho 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, 06 de março de 2014

Aline Pereira da Silva

Aline Pereira da Silva
Acadêmica de enfermagem
Orientando (a)

Priscilla Maria de Castro Silva

Priscilla Maria de Castro Silva
Docente do Curso de Enfermagem da UFCG
Autor (a) da pesquisa



Anexos



CARTA DE ANUÊNCIA



CAPS I

Declaro para os devidos fins, que aceito o acadêmico de enfermagem ALINE PEREIRA DA SILVA, matrícula: 509220208, a desenvolver a sua pesquisa de monografia intitulada: **ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: Percepção da família. CAPS I em Cuité-PB**, que está sob a orientação da Prof. (a) Ms. **PRISCILLA MARIA DE CASTRO SILVA**, cujo objetivo é avaliar através da realização de um grupo focal dos familiares ou cuidadores dos usuários, quais as estratégias de enfrentamento elaboradas no cotidiano dos cuidadores do portador de sofrimento psíquico, para amenizar a sobrecarga no cuidado no CAPS I em Cuité-PB.

A aceitação está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 196/96 e suas complementares que trata da pesquisa envolvendo seres humanos, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa.

Cuité, em ____/____/_____.

Nome/assinatura e carimbo da Coordenadora




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: 22372113.0.0000.5182 intitulado: **ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: Percepção da família.**

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.


Prof.ª Sheila Milena Pessoa dos Santos Fernandes
Coordenadora *Pro Tempore* CEP/HUAC/UFCG

Campina Grande - PB, 12 de Março de 2014.

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