



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

MARIA KATIUSCIA NASCIMENTO SAMPAIO

**A IMPORTÂNCIA DO ATENDIMENTO PSICOTERAPÊUTICO A CUIDADORES
DE PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS**

CAMPINA GRANDE - PB

2017

MARIA KATIUSCIA NASCIMENTO SAMPAIO

**A IMPORTÂNCIA DO ATENDIMENTO PSICOTERAPÊUTICO A CUIDADORES
DE PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora em Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de graduada em Psicologia.

Área de concentração: Saúde

Orientadora: Prof^a. Me. Lorena Bandeira Melo de Sá

CAMPINA GRANDE - PB

2017

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S192i Sampaio, Maria Katiuscia Nascimento.
A importância do atendimento psicoterapêutico a cuidadores de pacientes com transtornos mentais [manuscrito] : / Maria Katiuscia Nascimento Sampaio. - 2017.
41 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2017.

"Orientação : Profa. Ma. Lorena Bandeira Melo de Sá, Departamento de Psicologia - CCBS."

1. Psicoterapia. 2. Cuidadores. 3. Transtornos mentais. 4. Atendimento psicoterapêutico.

21. ed. CDD 616.891 4

MARIA KATIUSCIA NASCIMENTO SAMPAIO

**PSICOTERAPIA INDIVIDUAL PARA CUIDADORES DE PACIENTES COM
TRANSTORNOS MENTAIS ATENDIDOS PELO CAPS**

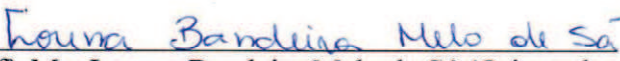
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora em Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de graduada em Psicologia.

Área de concentração: Saúde

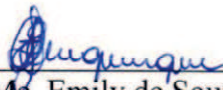
Orientadora: Prof^ª. Me. Lorena Bandeira Melo de Sá

Aprovada em: 12/12/2017.

BANCA EXAMINADORA


Prof^ª. Me. Lorena Bandeira Melo de Sá (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Prof. Dr. Gilvan de Melo Santos
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Prof^ª. Me. Emily de Souza Gaião e Albuquerque
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

A Deus, companheiro em todos os momentos
difíceis, porém, superados. À família e aos
amigos, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

À professora Lorena Bandeira pelas leituras sugeridas ao longo dessa orientação, pela dedicação e pela compreensão.

Ao meu marido pela compreensão por minha ausência na criação dos nossos filhos.

A minha mãe (*in memoriam*), embora fisicamente ausente, sentia sua presença ao meu lado, dando-me força.

Aos professores do Curso de Psicologia da UEPB.

Aos funcionários da UEPB, de forma geral, pela presteza e atendimento quando nos foi necessário.

Aos colegas de classe pelos momentos de amizade e de apoio, e a algumas um especial agradecimento.

RESUMO

O presente estudo é uma revisão literária que objetivou analisar a relação entre a necessidade de apoio matricial da Atenção Básica em Saúde Mental ao cuidador de pacientes com transtornos mentais atendidos pelos Centros de Referência Especializados Psicossociais justificada pela sobrecarga objetiva e subjetiva sofrida pelos cuidadores membros das famílias destes pacientes e o sofrimento que essa sobrecarga causa nesse cuidador. A análise sinaliza para uma atenção maior que precisa ser dada ao cuidador de paciente com sofrimento mental tendo em vista o desgaste físico e emocional que este é acometido e para a reflexão de novas estratégias de tratamento que contemplem a esfera individual em caráter complementar à atenção psicossocial preconizada nos centros através das Políticas Públicas de Saúde Mental.

Palavras-chave: Psicoterapia. Cuidadores. Transtornos Mentais.

ABSTRACT

This study is a literary review that aimed to analyze the relationship between the need for matrix support of Primary Care in Mental Health to the caregiver of patients with mental disorders attended by Specialized Psychosocial Referral Centers justified by the objective and subjective overload suffered by the caregivers members of the families of these patients and the suffering that this burden causes in this caregiver. The analysis points to a greater attention that needs to be given to the caregiver of a patient suffering from mental illness due to the physical and emotional exhaustion that is affected and to the reflection of new treatment strategies that contemplate the individual sphere in a complementary character to the psychosocial attention advocated in the centers through the Public Policies of Mental Health.

Keywords: Psychotherapy. Caregiver. Mental disorder.

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CF – Constituição Federal

ESM – Equipe Saúde Mental

ESF – Equipe de Saúde da Família

GM – Gabinete do Ministro

HD – Hospital Dia

NOB – Normas Operacionais Básicas

OMS – Organização Mundial da Saúde

PTM – Paciente com Transtorno Mental

P1 – Pesquisa 1

P2 – Pesquisa 2

P3 – Pesquisa 3

P4 – Pesquisa 4

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL	10
2.1 MODELO DE ATENDIMENTO PSIQUIÁTRICO	10
2.2 BRASIL, SÉCULO XIX.....	10
2.3 LUTAS, AVANÇOS E RETROCESSOS – SÉCULO XX.....	11
2.4 CONSTITUIÇÃO FEDERAL/88 (C.F.) – UM MARCO NA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.....	12
2.5 DOS MANICÔMIOS AOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAIS (CAPS)...	13
2.6 NA ATUALIDADE.....	14
3 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS).....	16
4 A FAMÍLIA NO PROCESSO DE ACOMPANHAMENTO AO TRATAMENTO REALIZADO PELO CAPS.....	19
4.1 LITERATURA SOBRE AS CONCEPÇÕES DE FAMÍLIA	19
4.2 A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA	22
4.3 A SOBRECARGA OBJETIVA E SUBJETIVA.....	25
5 PSICOTERAPIA INDIVIDUAL AOS CUIDADORES DE PACIENTES COM TRANSTORNO MENTAL OFERECIDA PELO CAPS	29
5.1 RELAÇÃO ENTRE O SOFRIMENTO DO CUIDADOR DE PTM E A NECESSIDADE DE RECEBER SUPORTE	30
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38

1 INTRODUÇÃO

O atendimento oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ao paciente com transtorno mental (PTM), dentro da política de saúde mental, no Brasil, faz parte de um gerenciamento de ações delimitadas pelas Políticas Públicas em Saúde Mental desenvolvidas pelo Ministério da Saúde que denomina esse trabalho como rede de matriciamento.

Este estudo vem trazer, a partir de uma revisão de literatura de cunho descritivo e propositivo, reflexões quanto a necessidade que há de otimizar esse serviço de saúde, uma vez que é possível perceber, através dessa literatura, que ainda nos dias atuais, após toda a mudança no tratamento do paciente com transtorno mental pós Reforma Psiquiátrica que deslocou a responsabilidade, do cuidado desse paciente, das instituições para a família, uma sobrecarga tanto objetiva quanto subjetiva podendo causar sofrimento ao cuidador.

Com o objetivo de analisar a relação entre a necessidade de apoio matricial da Atenção Básica em Saúde Mental ao cuidador de pacientes com transtornos mentais atendidos pelos Centros de Referência Especializados Psicossociais (CAPS) justificada pela sobrecarga objetiva e subjetiva sofrida pelos cuidadores membros das famílias destes pacientes e o sofrimento que essa sobrecarga pode causar nesse cuidador é que o estudo foi realizado.

Foram consultadas referências bibliográficas como artigos e livros com a temática sobrecarga familiar, Cadernos do Ministério da Saúde específico de Atenção Básica em Saúde Mental, documento oficial da legislação em Saúde Mental com portarias ministeriais, interministeriais, decretos e leis federais, e ainda artigo em Política Pública em Saúde Mental. O método foi qualitativo e o material foi selecionado com base no critério de inclusão de artigos que tivessem como descritores: saúde mental, sobrecarga familiar e Política Pública.

A partir da observação deste material e ainda de teóricos que trouxeram discussões sobre família, a história do tratamento psiquiátrico no Brasil, dentre outros temas pertinentes aqui discutidos, foi fundamentada esta revisão. Desta forma, optou-se pela disposição de tópicos de análise em três partes: Políticas Públicas em Saúde Mental, A família no processo de acompanhamento ao tratamento realizado pelo CAPS e Psicoterapia individual aos cuidadores de pacientes com transtorno mental oferecida pelo CAPS, este último constituindo uma proposta de melhoria no atendimento ao paciente com transtorno mental e à sua família dentro da rede de matriciamento da Saúde Mental no Brasil.

2 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL

2.1 MODELO DE ATENDIMENTO PSIQUIÁTRICO

As Políticas Públicas em saúde mental norteiam o atendimento da pessoa com transtorno mental nas instituições de saúde, públicas ou privadas, e têm sua história, no Brasil, construídas desde a colonização. Nessa construção, o modelo brasileiro de “cuidados” com o “louco”, como eram chamadas as pessoas com patologias psiquiátricas, foi muito influenciada pelo modelo europeu.

Este modelo segue o formato hospitalocêntrico como na Europa, que depois, modifica o modelo de asilo para transformá-lo de acordo com o projeto revolucionário da França burguesa que ressignificava aquele ambiente através das teorias da Psiquiatria que estavam nascendo, no século XVIII. As instituições brasileiras, diferentemente da realidade européia, foram administradas inicialmente pelas irmandades religiosas, como exemplo, temos as Santas Casas de Misericórdia, primeiras instituições de saúde do país (ROSA, 2011).

2.2 BRASIL, SÉCULO XIX

O primeiro hospício no Brasil foi inaugurado em 1852, no Rio de Janeiro, sendo um marco institucional da assistência psiquiátrica no país. Nesse período, assuntos como “loucura” e o “louco” eram uma questão social vista pelas pessoas como ilegal, caso de polícia. Os loucos, antes da institucionalização psiquiátrica, quando apresentavam qualquer manifestação de seu comportamento de forma agressiva eram detidos em cadeias públicas. Mas havia ainda outro critério de tratamento que era o social, pois quando era rico e manifestava tal comportamento era cuidado de forma domiciliar (Cavalcanti, 1997 apud ROSA, 2011, p. 87).

No período da República, o Brasil passa a ver o louco de outra forma, agora sob a ótica da ciência e não mais pelo empirismo. A instituição passa a medicalizar seus usuários e passa a ser vista como lugar para “curar” o doente mental, deixando seu caráter caritativo (ROSA, 2011).

A partir do século XIX, a área da saúde passou a ter novas demandas devido à expansão do comércio exportador no sudeste do país elevando a concentração de população urbana, e modificando também a demanda psiquiátrica (RESENDE, 1990). Nesse período,

propagava-se a crença de que a reintegração social era o novo agente de cura e prevenção da doença mental e essa informação era veiculada pela Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) e, desta forma, a psiquiatria higienista estabeleceu-se no Brasil que procurava dar respostas às pressões sociais, advindas, por exemplo, da abolição da escravatura e ainda da questão dos imigrantes no Brasil. (ROSA, 2011).

2.3 LUTAS, AVANÇOS E RETROCESSOS – SÉCULO XX

Nesse panorama de lutas e modificações sociais, a Revolução de 1930 surge como um movimento que intensificou o capitalismo no Brasil, pois ficou conhecida como de caráter burguês e na área da psiquiatria, as estruturas hospitalares permaneceram centrais, e através de lei federal legitimou-se a higiene mental que dispunha sobre a profilaxia mental, a assistência e a proteção à pessoa com transtornos e a fiscalização dos serviços psiquiátricos: Decreto nº 24.559 de 3 de julho de 1934. Depois desse período, a assistência psiquiátrica federalizou-se após a criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) que estimulava ao atendimento ambulatorial e ao serviço comunitário, no entanto, apenas teoricamente (JUSBRASIL, 2017).

Com o golpe de 1964, que representou um retrocesso democrático, também na prática da saúde mental não foi diferente. Baseado no modelo populista reformista, sendo fortalecido por interesses de classes, no qual a vantagem era do grupo dominante agrário industrial (ROSA, 2011), a assistência psiquiátrica no período do golpe se caracterizou pela massificação do serviço, como fala Resende (1990, p. 60).

A partir dos anos 1970, a sociedade começa a lutar por direitos civis, políticos, trabalhistas e sociais com o objetivo de reinstalar a democracia. Em 1981, surgiu o Movimento Popular de Saúde, em São Paulo, e, juntamente com outros movimentos emergiu o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira que envolveu a assistência psiquiátrica e tem como fonte de consistência teórica e prática a experiência americana, europeia e italiana.

Duas vertentes surgiram: aqueles que defendiam uma mudança drástica com extinção dos hospitais psiquiátricos e aqueles que defendiam a implementação de mudanças dentro do modelo hospitalocêntrico. No Brasil, a Reforma Psiquiátrica tem influência italiana da tradição basagliana que considera a complexidade da “existência-sofrimento” dos portadores de transtorno mental. Essa tradição leva a refletir sobre todos os saberes da Psiquiatria Clássica. (FONTE; MELO, 2010).

No período da Nova República, passados todos os movimentos da luta e de retrocesso da saúde pública brasileira do período da Ditadura Militar, o Brasil tem dificuldades de se reorganizar. Em 1982, na VIII Conferência Nacional de Saúde, a saúde passa a ser considerada um direito universal e um dever do Estado, sendo ampliado o próprio conceito de saúde, que passa a ser defendida como resultante de condições de alimentação, habitação, educação, meio ambiente, renda, emprego, lazer, transporte. Como fruto dessa conferência é postulado um novo modelo de atenção à saúde mental e ao portador de transtorno mental, deixando o modelo centrado no hospital e no médico psiquiatra para um direcionamento de serviço por uma equipe multiprofissional (ROSA, 2011).

A cidadania é revista a partir de uma legislação ordinária contida no Decreto Nº 24.559/1934. Já com relação à legislação sanitária e psiquiátrica ficaram assegurados os direitos dos portadores de transtorno mental quanto à internação que deve conter critérios e obedecer a um controle e estes, serão atendidos por uma equipe multiprofissional (JUSBRASIL, 2017).

Nos anos seguintes o contexto dos movimentos de trabalhadores de saúde mental tornou-se mais difícil e a luta pelos serviços substitutivos contrários às estruturas asilares e segregadoras se intensificou e transformou-se em Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, que foi a luta por mudanças na esfera legislativa para assegurar, ao paciente com transtorno mental (PTM), a atenção no meio sociocultural e, assim, reconstruir sua cidadania (ALMEIDA, 2009).

2.4 CONSTITUIÇÃO FEDERAL/88 (C.F.) – UM MARCO NA ASSISTÊNCIA PSQUIÁTRICA NO BRASIL

Na Constituição Federal de 1988 (CF/88), a saúde, a Assistência e a Previdência Social são incluídas na Seguridade Social, e assim, a partir dos anos 1980 foram sendo postos em prática os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) que haviam sido defendidos pelo Movimento Sanitário do início da década de 1960. Nos anos 1990, o governo de Fernando Collor de Melo prioriza a economia expressa no “Projeto de Reconstrução Nacional”. A área da saúde sofre modificações através da Lei Orgânica da Saúde (Decreto Nº 8.080) que passa a permitir a participação social no controle das políticas de saúde, concluindo assim, a base da saúde com o SUS através das Normas Operacionais Básicas (NOB/91) (BRASIL, 2017).

Na saúde mental ocorreu a reestruturação dessa assistência por meio do financiamento de uma assistência extra-hospitalar através de duas portarias ministeriais, representando avanços desse modelo. Uma, amplia e estabelece a normatização e o financiamento governamental e a outra, institui critérios de controle e de supervisão da melhoria na assistência dos hospitais especializados (VASCONCELOS, 1997).

O Departamento de Assistência e Promoção à saúde do Ministério da Saúde, em 1993, propôs o Programa de Apoio à desospitalização, pretendendo atender a população “moradora” dos hospitais psiquiátricos com mais de 5 (cinco) anos de internação, mas sem necessidade de atendimento em regime interno e sem vínculos familiares. O Programa tinha o objetivo de criar uma infra-estrutura de assistência permitindo o retorno destes pacientes ao convívio social (ROSA, 2011).

Embora o Programa tenha sido aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde ainda era impedido, muitas vezes, por pareceres jurídicos. Mesmo assim, houve exemplos de municípios habilitados pela portaria ministerial Nº 595/2004 para integrá-los ao Programa “De volta para casa” que desenvolvia ações conjuntas na área da saúde mental com demais políticas sociais, principalmente de habitação, assistência, emprego/geração de renda e de lazer, que formavam uma estrutura para o retorno seguro ao portador de transtorno mental (ROSA, 2011).

2.5 DOS MANICÔMIOS AOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAIS (CAPS)

Na área da saúde mental, nesse período, ocorre o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial que realiza o II Encontro Nacional de Luta Antimanicomial. Tendo recebido várias críticas à Reforma Psiquiátrica o governo as ignora e mantém a política de reorientação dos serviços psiquiátricos. Em 1996 foi realizada a X Conferência Nacional de Saúde e o tema “SUS” que incorporou a saúde mental nas ações de atenção integral, deliberando a “substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por Serviços de Atenção Integral à Saúde Mental até o ano 2000” (BRASIL, 1996, p. 108).

Essa nova atuação no serviço psiquiátrico passa a relevar uma abordagem “biopsicossociocultural, interativa e complexa” (MELMAN, 1998, p. 33) com eixo na reabilitação psicossocial. As experiências do SUS avançaram, embora de forma desigual e descontínua pelo território nacional, tanto foi, que o Governo Federal estabeleceu o ano de 1997 como o “Ano da Saúde no Brasil”. Mesmo com estes avanços do Ministério

redirecionando o modelo assistencial para serviços de base comunitária, o modelo hospitalocêntrico persistiu por um tempo ainda, pois estes serviços comunitários são mais vulneráveis pelo pouco tempo de existência, pelo número insuficiente de profissionais e da persistência da cultura manicomial.

A área de saúde em geral entra em crise: serviços de saúde são sucateados, fragmentados, com reduzido número de profissionais, equipamentos e recursos financeiros. O Movimento de Luta Antimanicomial foi repensado, pois não havia apenas aspectos negativos nas estruturas asilares como era assegurado o “direito do usuário a local apropriado de refúgio nos períodos de sofrimento psíquico, e do direito da família à co-responsabilidade pública com o cuidado e tratamento de seu membro com problemas mentais” (VASCONCELOS, 1992, p. 67).

A reestruturação do Modelo Assistencial promovida pelo Governo Federal é lenta, mas a caminhada por meio da criação dos serviços residenciais terapêuticos, em saúde mental, foi ganhando cada vez mais visibilidade pelo governo. (ROSA, 2011). A Reforma Psiquiátrica, buscando a melhoria do serviço prestado, à comunidade com transtorno mental, precisa atender não somente esse paciente, mas também à família que o receberá lhe dando condições de articular essa volta de forma segura e saudável.

2.6 NA ATUALIDADE

Após todos esses percalços sofridos na busca de mudanças no atendimento ao PTM e quanto à conduta dos profissionais, a partir da criação do SUS, em 1988 com a Constituição Federal, que trouxe as premissas da saúde, tais como a descentralização por meio da municipalização, regionalização com hierarquia da atenção e controle público, órgãos como o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONSENS) organizaram o Pacto pela Saúde, firmado na portaria GM Nº 399/2006, com três dimensões: pacto pela vida, pacto em defesa do SUS e pacto pela gestão (SAÚDE, 2017).

Com a Lei Nº 10.216/2001, a ideia de reinserção do PTM em seu local, no seio da família, tornou-se norteador das práticas no campo da saúde mental que possibilita a pessoa com esse sofrimento a volta ao seu ambiente de convivências, local de significados, afetos e mantém “os laços sociais e de garantia de qualidade de vida, da manutenção econômica e de exercício político de cidadãos” (NUNES *et al*, 2007, p. 2380). Essa idéia é o ponto de

confluência entre as Políticas Públicas de saúde mental e as atuais Políticas de Atenção Básica (EDUCAÇÃO, 2017).

Esse novo modelo se efetiva a partir de um dispositivo organizativo da assistência à saúde, chamado matriciamento, ou, apoio matricial, terminologia dada pelo Ministério da Saúde, que consiste em ampliar a potencialidade de ação da rede através do trabalho de uma equipe de especialistas que darão suporte assistencial técnico-pedagógica (CAMPOS; DOMITT, 2007). Segundo estes autores, a lógica desta proposta de atendimento compartilhado é a discussão conjunta de condutas entre os profissionais das equipes de Saúde da Família (ESF) e equipes de Saúde Mental com a expectativa de que ocorra de maneira dialógica, evitando assim, a fragmentação do saber como também do cuidado ao paciente, e efetivando um trabalho interdisciplinar. Mesmo com as dificuldades enfrentadas, esse apoio matricial é estabelecido entre CAPS e PSF, pois as orientações do SUS indicam a necessidade de mudar a assistência tanto com relação à estrutura quanto à forma de gerenciar. É importante que haja uma co-responsabilização entre os trabalhadores de saúde para que o serviço não tenha o objetivo de encaminhar, mas de gerar soluções: “Não há encaminhamento para outros serviços, mas construção de projetos terapêuticos que são executados por um amplo conjunto de trabalhadores” (DELFINI, 2009, p. 1488).

Hoje em dia é a família, principalmente, que recebe esse PTM e esta, de forma geral, ainda não consegue entender a patologia, a sintomatologia, os comportamentos fora do padrão “normal” e que sofre com essa nova realidade que tem de enfrentar por não saber como ajudar, nem como lidar com as crises, nem os trejeitos típicos de quem é portador de transtorno mental. (SOUZA FILHO et al., 2010). O preconceito e a discriminação unidos ao trabalho físico e mental que demanda um PTM a um cuidador é o que será aqui abordado para a discussão da necessidade que cada pessoa, responsável pelo cuidado de um PTM, tenha o direito de receber atendimento psicoterapêutico individualizado nas unidades do CAPS, como estratégia de atendimento complementar à proposta central de caráter social, que será melhor explorada no último tópico, pois trata-se da proposta do estudo.

Em consequência às mudanças ocorridas no tratamento de pacientes com patologias psiquiátricas após a Reforma Psiquiátrica, como já foi citado, foi a família ter passado a ser a principal provedora dos cuidados necessários a estes pacientes, tendo em vista o processo de desinstitucionalização. Com a redução dos hospitais psiquiátricos e o surgimento dos serviços substitutivos do SUS, os CAPS, os pacientes passaram a ser cuidados em seu ambiente familiar, voltando a ter suas relações sociais preservadas.

Embora, no panorama histórico da saúde mental, tenha tido um grande avanço no tratamento destes pacientes, já que os serviços prestados a ele, nos antigos hospitais psiquiátricos não eram muito eficazes, pois os efeitos da institucionalização, segundo Souza Filho et al. (2010) produzia um ambiente marcado pelo isolamento através das condutas dos profissionais que ali trabalhavam impossibilitando o fluxo do afeto, ainda há muito a progredir, pois essa família que volta a conviver com esse paciente e com tudo que envolve a doença sofre a sobrecarga, objetiva e subjetivamente.

O paciente hoje é atendido pelo CAPS, e tem sua moradia, seus contatos familiares e sociais resguardados, gerando muitas atividades de cuidados aos familiares, em geral, cabe a uma pessoa da família a garantia de tais cuidados como a administração da medicação, a alimentação, o transporte, as preocupações com sintomas em decorrência do problema psiquiátrico que podem mudar toda a dinâmica familiar. Percebe-se, portanto, a necessidade de alterar essa dinâmica de trabalho da equipe que compõem os centros especializados, como também, e sobretudo, através da oferta de psicoterapia individual a estes cuidadores dando-lhes suporte para entender suas questões diante da problemática situação vivida por eles no cuidado prestado ao paciente de transtorno mental na família.

Tendo em vista que a família sente, muitas vezes, a angústia de não saber lidar com os comportamentos diferentes causados pelo comprometimento psiquiátrico destes pacientes, tendo em vista que muitas patologias psiquiátricas apresentam sintomas de depressão, agitação psicomotora, limitações motoras, ansiedade, delírios, alucinações, silêncio excessivo, fala contínua e desordenada e imprevisibilidade de muitos quadros de doença mental causa à família, como um todo, um desconforto gerado pela insegurança de não saber como lidar com aquelas situações atípicas (SOUZA FILHO et al., 2010).

3 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

O CAPS, Centro de Atenção Psicossocial foi criado após o processo de mudança do cuidado de saúde mental influenciado pelo movimento de Luta Antimanicomial, juntamente à Reforma Psiquiátrica como um serviço substitutivo ao antigo regime de internações preconizado pelos hospitais psiquiátricos, nos quais imperava o saber médico, onde o psiquiatra “ditava” as regras e o paciente com transtorno mental não era visto como uma pessoa que possui vários aspectos a serem considerados sob o ponto de vista da saúde, como hoje vê a Organização Mundial de Saúde (OMS) que descreve como definição de saúde: “a

saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (BRASIL, 2009).

De acordo com esta perspectiva de saúde, concebe-se a promoção dela a partir de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar que cuida do paciente vendo as necessidades dele como um todo. Foi partindo desse pressuposto de prestação de um serviço de saúde pautado pela garantia de condições de bem-estar físico, mental e social de acordo com o parágrafo único do artigo 3º da Lei Federal Nº 8.080 de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde que se fundamentou o atendimento nestes dispositivos de saúde¹.

Seguindo essa concepção de saúde, após a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) que, baseado nesta lei supracitada garante a cidadania com base numa “saúde como direito de todos e dever do Estado” previsto na Constituição Federal de 1988 (CF/88) trazendo princípios de acesso universal, público, gratuito, com equidade, descentralização e controle social, é que surgem os CAPS que fazem parte de uma rede de atenção à saúde mental que considera a importância dos recursos afetivos, serviços de saúde, sociais, econômicos, culturais, religiosos e de lazer, pois estes potencializam as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial².

O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004, p. 13).

Dentro da rede de serviços do SUS, o CAPS é um dispositivo que deve estar articulado com outras redes para executar seus serviços diante da complexidade das demandas de inclusão, referente àqueles excluídos da sociedade devido ao transtorno mental, portanto, estes centros estão ligados a unidades básicas de saúde, residências terapêuticas, centros comunitários e Hospitais Gerais. Desta forma, de acordo com o documento oficial do Ministério da Saúde, os centros devem

Assumir seu papel estratégico na articulação e no tecimento dessas redes, tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia

¹ Disponível em: www.conselho.saude.gov.br. Acessado em: 20 de novembro de 2017.

² Disponível em: www.planalto.gov.br. Acessado em: 20 de novembro de 2017.

dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas, etc (BRASIL, 2004, p. 12).

Seu surgimento foi o resultado de muitas lutas protagonizadas pelos trabalhadores de saúde mental, que buscavam melhorias na assistência aos pacientes com transtornos mentais dentro de hospitais psiquiátricos, para dar atendimento diuturno a pessoas que sofriam com transtornos mentais severos e persistentes, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial na intenção de substituir o modelo hospitalocêntrico, favorecendo a inclusão social dos usuários e de suas famílias.

Como já vimos, o CAPS desenvolve um trabalho com finalidade terapêutica, inclusive, sua proposta é de realizar esse trabalho em um “meio terapêutico”, ou seja, além do atendimento individualizado, embora pontual, e também grupal, a convivência no serviço através de ambiente que se propõe a ser facilitador, estruturado e acolhedor com o auxílio do contato com a família proporcionar um tratamento adequado, pela equipe técnica do Centro, ao usuário (BRASIL, 2013).

As atividades desenvolvidas pela unidade são bem diversificadas, vão desde atendimento psiquiátrico individual do usuário para prescrição de medicamento e escuta psicológica, como também atendimento grupal com oficinas diversas, atendimento à família até as atividades comunitárias e assembleias de organização do serviço. Embora haja o atendimento voltado às famílias como atendimento nuclear, e o grupo de familiares, atendimento individualizado a famílias, visitas domiciliares, atividades de ensino, de lazer com os membros das famílias dos PTM, como preconiza a publicação do Ministério da Saúde (2004) “não há obrigatoriedade”, ou seja, não há um atendimento disponível específico de psicoterapia individual ao cuidador desse paciente dentro do sistema CAPS. Apesar de haver uma disponibilidade de atender, individualmente, o membro da família, em uma necessidade de orientação e acompanhamento em situações rotineiras ou em momentos críticos, esse serviço não é padrão, como os demais já descritos, e podendo tornar a ser se a partir da construção de uma política pública neste sentido.

Os centros atendem diferentes tipos de demandas, por isso as especificações: CAPS I e II são de atendimento diário de adultos com transtorno mental severo e persistente; o CAPS III é de atendimento diário e noturno de adultos durante 7 (sete) dias da semana que também atende pacientes com transtornos mentais severos e persistentes; o CAPS AD é especialmente voltado a usuários de álcool e drogas ilícitas, oferece atendimento diário com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, este possui leitos de repouso

com a finalidade de tratar a desintoxicação; e ainda o CAPSi que cuida de transtornos mentais em crianças e adolescentes (BRASIL, 2013). A diferença entre os CAPS são tanto com relação ao público que atende quanto ao porte/complexidade e abrangência populacional. Eles são regulamentados pelas portarias 336, 189 e 816 (BRASIL, 2010).

Contudo, as famílias de PTM são, muitas vezes, vítimas das mudanças ocorridas nas Políticas Públicas de Saúde Mental, que reintegram esse paciente ao convívio familiar sem lhes oferecer suporte, e às vezes, nem orientação. É importante compreender que a família não é apenas um informante das alterações apresentadas pela pessoa em tratamento (KOGA, 1997), mas essa pessoa, familiar responsável pelo cuidado do PTM, trará várias demandas em decorrência do sofrimento psíquico intenso do paciente e junto a isso dificuldades de convívio devido à complexidade do relacionamento, como também à expectativa frustrada de cura e pelo desconhecimento da doença propriamente dita. (COLVERO, 2004).

Visto que muito do cuidado é reservado ao usuário desse serviço e a participação da família se restringe a contribuir para que o tratamento se efetive, não somente nesse ambiente terapêutico, mas também em domicílio onde o trabalho da equipe é dado continuidade, percebe-se aí uma lacuna a ser preenchida. Estas pessoas, os cuidadores, convivem com as dificuldades diárias causadas pelos transtornos mentais acarretando a carga objetiva e subjetiva, aqui já citadas, o que pode, sem o devido cuidado com estes, prejudicar o tratamento dos PTM, afetando assim, todo o trabalho terapêutico desenvolvido pelos profissionais da Rede de Assistência à Saúde, bem como causar o sofrimento desse cuidador.

4 A FAMÍLIA NO PROCESSO DE ACOMPANHAMENTO AO TRATAMENTO REALIZADO PELO CAPS

4.1 LITERATURA SOBRE AS CONCEPÇÕES DE FAMÍLIA

A família é uma instituição social que se define de acordo com seu contexto sócio-cultural, daí, “ter tantas definições baseadas em interpretações, muitas das vezes, moralistas, tais como: família é pai-mãe-prole”. Segundo Bock (2007) todo modelo diferente desse seria gerador de indivíduos desestruturados, desorganizados e problemáticos. O conceito de família, na verdade, pode ser considerado relativo, pois pode ser subjetivo porque vai depender de quem o define, de seu contexto social, político e familiar no qual está inserido. E o autor ainda traz, por exemplo, que a família é um sistema no qual se conjugam valores,

crenças, conhecimentos e práticas, através do qual as pessoas envolvidas desenvolvem sua dinâmica própria de funcionamento, promovendo a saúde, prevenindo e tratando a doença de seus membros. (BOCK et al., 2007)

Tal definição é bem adequada à nossa discussão, tendo em vista que se aborda, aqui, a relação entre PTM e o cuidador pertencente à família. Mas também é importante que saibamos a importância que a família tem na construção de cada subjetividade, entendendo as mudanças pelas quais ela passou ao longo do tempo, suas funções e organização entre os membros.

Ao longo da história, a família sempre esteve presente na origem da formação do indivíduo, de acordo com estudos antropológicos, tais como os de L. H. Morgan (1818-1881), revelam que desde a origem da humanidade houve famílias consangüíneas (casamento entre irmãos carnais e colaterais); famílias punaluna (casamento de várias irmãs com maridos de cada uma das outras); famílias sindiásmica (casamento entre casais sem obrigação de morarem juntos, de acordo com o desejo); família patriarcal (casamento de um só homem com diversas mulheres); família monogâmica (casamento de duas pessoas com obrigação de coabitação, fidelidade, controle masculino, garantia de descendência e propriedade privada). Esta última, a monogâmica, foi um marco nas mudanças através dos tempos, teve bastante influência da burguesia da Idade Moderna: urbanização, industrialização, individualismo, propriedade privada. Tais definições, do autor acima citado, dão uma ideia da variação do tipo de famílias. (BOCK et al., 2007)

Quanto à função social da família, esta, é de transmissão de valores que constituem a cultura, a ideologia, demonstrando o caráter conservador e de manutenção social, muitas vezes influenciada pela própria mídia, nos dias atuais. Embora esta não seja única, pois a família tem a função socializadora, faz o indivíduo deixar de ser apenas relação mãe-filho e passa a ser “no mundo”, a encontrar o outro e a interagir com ele. É o que Lacan chama de “a primeira educação”. (BOCK *et al.*, 2007, pag. 251)

Analisando tais mudanças ocorridas na organização familiar através dos tempos e observando sua importância e função social a partir das definições do que seja família podemos compreender que esta, independente do modelo de constituição, seja tipo família nuclear (pai, mãe, filhos) ou de diversos outros tipos, todos têm em comum o estabelecimento de vínculos de proteção e socialização.

No Brasil, a estrutura familiar se constitui a partir da idéia de família patriarcal e isso se explica a partir da história do período colonial. Foi nos engenhos de açúcar nordestinos da época colonial que se desenvolveu o patriarcalismo brasileiro, formado geralmente, além do

casal e de seus numerosos filhos, outros parentes, escravos entre outros agregados formando uma extensa família na qual o domínio de decisões cabia ao chefe familiar: o pai. Esta última definição de família patriarcal difere da visão do autor anterior. Nesta concepção, a estrutura familiar imperava uma rígida divisão sexual do trabalho, na qual o homem concentrava as funções militares, religiosas, afetivas e empresariais e também por ser ele que estava associado ao espaço público, mais valorizado socialmente. Por concentrar tais funções, era dado ao homem o domínio da família: o *pater familiae*. Nessa divisão, cabia à mulher ser submissa ao marido, restringir-se ao ambiente doméstico, que também era um lugar de produção, de consumo e de assistência social, religiosa e médica, embora não fossem ainda respeitadas socialmente (ROSA, 2011, p. 175).

Embora haja bastante controvérsias acerca desse tema, o lugar da mulher na sociedade patriarcal brasileira, um consenso entre pesquisadores existe que a família patriarcal sofreu variações nas várias regiões do país e coexistiu com outras organizações familiares, de outros segmentos da sociedade. O que ficou evidente, de acordo com Faria (1992 apud ROSA, 2011) é que o esse modelo familiar foi dominante, de influência na cultura e foi incorporado servindo até como estratégia de resistência, pois foi usado pelos escravos através da busca da legalização da família negra.

Sabendo que as desigualdades sociais se reproduzem no interior de cada família, podemos perceber, através da história da família no Brasil os postulados da sociedade moderna orientada pela burguesia europeia, isso sobretudo por meio das diferenças sexuais devido a mulher ter menos prestígio social, sendo considerada incapaz civilmente (ROSA, 2011, p. 180).

Essa preocupação com a saúde veio se intensificar, a partir do Governo, com o Movimento Higienista, no século XIX. A família já não tinha mais a capacidade de cuidar de sua própria saúde, pois como cita Costa (1983), as famílias passaram a ficar a mercê dos “doutores do conhecimento”, sendo subestimadas e passando por dificuldades sócio-econômicas que a fizeram perder credibilidade quanto ao seu poder de ação.

A família brasileira do século XX, analisada por Fonseca (1995), mais precisamente em Porto Alegre, mostra um outro tipo de organização, na qual o centro é a mulher – matricêntrica. Essa nova definição ocorreu pela própria instabilidade econômica do homem impossibilitando-o de exercer a função social e jurídica que rotineiramente era do provedor financeiro do lar, assim, a mulher passa a trabalhar fora do seu ambiente doméstico e essa família muda o código de valores pelo qual é orientada.

A família, hoje, após o processo de desinstitucionalização decorrente da Reforma Psiquiátrica ocorrida no país com a ajuda das mudanças nas Políticas Públicas em Saúde Mental, ocupa um lugar de importância dentro das discussões sobre assistência aos PTM, que segue um modelo de Atenção Comunitária, tornando, assim, os membros da família atores na luta por melhores condições de assistência psiquiátrica (COLVERO et al., 2004).

4.2 A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA

Na contemporaneidade, considerando o processo de urbanização e modernização da sociedade brasileira essa organização familiar passa por maiores modificações, sobretudo relativo ao papel da mulher influenciado pelo ideário feminista, por mudanças jurídicas, por uma maior abertura no ensino superior destinado às mulheres e pelas leis trabalhistas, são alguns exemplos disso mostrando a inserção da mulher no mercado de trabalho, embora de forma ainda predominantemente subalterna hierárquica e economicamente, a mulher já busca uma carreira profissional e realização pessoal.

Com a Constituição de 1988, a igualdade de direitos e deveres legitimou a idéia dos movimentos de luta pelos direitos sociais e passou também a reconhecer diferentes tipos de família. No entanto, todas essas mudanças co-existem com o antigo modelo de organização familiar.

Considerando a importância do papel de cada um na estrutura familiar, através das mudanças sofridas ao longo do tempo, é possível identificar uma diferença significativa quanto à influência do transtorno mental sobre a família dependendo da posição ocupada pelo portador de transtorno mental no grupo. Sendo a família uma unidade de relações sociais (FAUSTO NETO, 1982) baseada em um código de reciprocidades em que direitos e deveres se constroem em ligações consangüíneas, parentais e em uma divisão sexual do trabalho, o transtorno mental pode afetar, principalmente a estrutura familiar quando atinge aqueles que ocupam um papel de alicerce na organização familiar, como os cônjuges, por exemplo.

Essa organização é, portanto, imprescindível de acordo com que foi até aqui discutido, na promoção e preservação da saúde de seus integrantes e é nela que deve se voltar a preocupação do cuidado psicológico, pois como se vê na sociedade brasileira muitas famílias vivendo situações de vulnerabilidade decorrentes de doenças, desemprego, conflitos conjugais, dependência química, distúrbios mentais tornando-as incapazes de se articularem para ajudar seu parente, necessitando da intervenção do Estado (VASCONCELOS, 1999).

A inclusão da família no processo terapêutico está em pauta na portaria N ° 336 de 19 de fevereiro de 2002, pois a proposta de tratamento em saúde mental pelos serviços substitutivos é de reabilitação psicossocial do usuário e a família é peça chave nesse panorama da doença psíquica. Desta forma é importante que o sistema de saúde que trabalha com saúde mental acolha também este familiar, integrando-o e incentivando-o ao tratamento do parente, mas também um acolhimento diante de seus sofrimentos, de suas cargas, pois a sobrecarga que acomete o cuidador desse PTM pode impedir um bom acompanhamento desse processo terapêutico levando ao fracasso desse serviço (BRASIL, 2009).

É necessário que haja um suporte à família, por parte do serviço de atenção psicossocial, pois, cabe ela elaborar estratégias de convivência com esse membro familiar que volta para casa no dia-a-dia da dinâmica familiar que vão interferir, significadamente, na vida desse usuário que está em sofrimento psíquico. Esta responsabilidade da família, sistema social ao qual está inserido esse paciente, permite que evoluam nas fases de crescimento e de desenvolvimento do ser humano como já foram aqui mencionados (KEBBE et al., 2014).

Esse suporte para enfrentar tal realidade do cuidado com o PTM, aprendendo a lidar com a sobrecarga envolvida no cotidiano desse cuidador, é possível ser construído e executado se os profissionais da área de saúde mental não centrar suas práticas apenas na pessoa doente e sim em todo o cenário do contexto do paciente, considerando o grupo familiar como parceiros e de fundamental importância para o sucesso terapêutico dentro do serviço disponibilizado pelo CAPS para a comunidade como sugere Bielemann (2009).

A reabilitação psicossocial não deve se limitar apenas ao uso da farmacologia ou intenções que focalizem apenas a doença ou o doente tendo em vista todas as mudanças políticas que legitimaram os direitos aos PTM após a Reforma Psiquiátrica. Assim, a inserção da família, e ainda o tratamento à família é um elemento indispensável na formação de ações e procedimentos que visam a reintegração familiar.

Reintegrar o PTM à vida social deve ser visto sob a perspectiva abrangente, pois este processo volta à família, traz a estas vivências conflituosas muitas dúvidas, que podem, inclusive, desencadear sofrimento de membros desse contexto familiar devido à sobrecarga que apresentam. O processo de readaptação ao contexto familiar pode não se dar de forma harmônica, muitas vezes, a doença traz com ela uma série de mudanças na convivência intrafamiliar e, em especial, à vida do cuidador do PTM (ELOIA et al., 2014).

No atual modelo de trabalho realizado pelo CAPS com a família, verifica-se que a forma de inserção dos familiares se dá pela prática de grupos de família. Tal atividade pode ser encontrada em todas as especificidades do sistema: CAPS I, II, III, AD, CAPSi. Os grupos

formados pelos familiares promovem reuniões semanais com a presença de alguns profissionais da equipe técnica que focalizam o encontro sobre a medicação, o manejo dos sintomas e comportamentos dos usuários, não releva a subjetividade de cada membro do grupo, a intenção não é esta. Há, algumas vezes, um trabalho educativo que instrumentaliza esses familiares ao convívio diário para melhorar a compreensão quanto à doença, entender a importância do tratamento (KEBBE et al., 2014).

De acordo com o Caderno de Atenção Básica em saúde mental é garantido ao cidadão o atendimento em saúde mental na Atenção Básica. No entanto, na prática não se efetiva essa norma. Entende-se por atenção básica todo o conjunto de ações em saúde, seja ele individual ou coletivo que busque a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desempenhar um papel de atenção integral na situação de saúde e de autonomia das pessoas, sendo a atenção básica a porta de entrada dos usuários que necessitam de uma intervenção em saúde mental (BRASIL, 2013).

A Política Nacional de Atenção Básica prioriza atenção integral ao usuário, portanto, abrange, nesse cuidado à saúde não somente do indivíduo, mas, aos membros da família. Sendo a atenção básica, vista por essa política, como a entrada do usuário que demanda atenção na saúde mental, é importante que os profissionais que estão na rede de atenção, mesmo não sendo especializados, compreendam o que se caracteriza como um caso de necessidade de uma intervenção em saúde mental.

As intervenções em saúde mental desenvolvidas pela Atenção Básica devem ser guiadas pelo reconhecimento das singularidades dos pacientes da comunidade atendidos pela Atenção Básica e podem, de acordo com Chiaverini (2011), ser orientadas por ações do tipo: proporcionar ao usuário um momento para reflexão; exercer boa comunicação; exercitar a habilidade da empatia; ouvir o paciente; acolher as queixas emocionais do usuário como legítimas; entre outras.

O usuário que demanda atenção em saúde mental, dentro da rede de Atenção Básica, dispõe de dispositivos comunitários do tipo: grupos terapêuticos; grupos operativos; redes de apoio social; grupos de convivência; grupos de artesanato ou de geração de renda. (BRASIL, 2004). É importante observar que não há à disposição na rede o atendimento ambulatorial em saúde mental para a família, ou cuidador, de paciente com transtorno mental atendido pelo CAPS, salve-se casos isolados.

4.3 A SOBRECARGA OBJETIVA E SUBJETIVA

A sobrecarga que acomete a pessoa que se encarrega, na família, de cuidar do portador de transtorno mental é facilmente percebida, seja ela de caráter objetivo ou subjetivo. São inúmeros exemplos que poderíamos citar, mas vamos eleger alguns para melhor conhecer as dificuldades enfrentadas por esta família com um membro com transtorno mental que é atendido pelos centros especializados em saúde mental. (KEBBE et al., 2014)

Um dos primeiros sofrimentos da família constitui-se a partir da não aceitação, perante a sociedade ou o indivíduo é “normal” ou é “doido”. Essa dualidade simplifica o diagnóstico e aumenta o preconceito social diante daquela pessoa que é encaminhada ao serviço psiquiátrico, geralmente, quando a conduta foge do controle familiar, pois o transtorno mental, de acordo com uma representação predominantemente holística, hierárquica, complementar e relacional da pessoa, é qualificado por recorrentes manifestações públicas de perturbação associadas à inconsciência, à agressão e à perda total de relacionalidade (DUARTE, 1988).

A sobrecarga objetiva se dá pela contínua dependência que o paciente cria com relação ao seu cuidador, que fica responsável pelo aspecto financeiro de seu dependente uma vez que feito o diagnóstico e iniciado o tratamento daquele acometido pela patologia psiquiátrica, não permanece apto ao trabalho, o que afeta suas relações sociais. Desta forma, o paciente começa com seu comprometimento profissional, e conseqüentemente, com uma cadeia de dependência passando a precisar cada vez mais de ajuda. (SOUZA FILHO et al., 2010)

Essa nova rotina vai, aos poucos, formando lacunas na vida do paciente, e, gradativamente, ele vai passando a depender mais deste cuidador que se vê absorvido pelas atividades diárias como preparo de alimentação e administração desta como também da medicação, cuidados com higiene pessoal (pentear, cortar unhas, vesti-lo, dar banho), entre outras atividades domésticas cotidianas que, juntamente com suas próprias responsabilidades vão causar essa sobrecarga objetiva.

Por outro lado, além da sobrecarga objetiva, ou seja, das atividades práticas acumuladas, há também uma carga emocional que o cuidador suporta psicologicamente. Ele vai ter de lidar com uma nova realidade que ele não conhece, e conseqüentemente, não domina. Os sintomas das doenças psiquiátricas são variados e diferenciados, e todos de difícil compreensão e aceitação. O cuidador pode, gradativamente, acumulando situações nas quais não sabe lidar e se angustia por não saber ajudar, ou negligencia tratamentos por não saber da

importância e acaba por acumular uma série de fatores psicológicos que caracterizam uma sobrecarga subjetiva. Sabemos que, em alguns casos, dependendo do tipo de transtorno, o próprio portador do sofrimento psíquico deixa de contribuir com os recursos financeiros da casa, pois o uso dos psicofármacos causa efeitos colaterais como sonolência e ainda a própria sintomatologia clínica impede que o PTM continue no mercado de trabalho.

Tanto do modo subjetivo quanto objetivo há sofrimentos que envolvem esse grupo familiar, e que se misturam. A sobrecarga do familiar de PTM pode ocorrer de várias maneiras. Uma delas que pode ser observada é quanto à diferença de gênero do PTM, numa visão mais tradicional da divisão do trabalho entre gêneros de acordo com Rosa (2011). Quando o homem é acometido por um transtorno mental e este é o provedor financeiro da família, esta tenderá a ter um comprometimento da renda, que poderá ser temporária ou permanente. Como se já não bastasse o fato dele não gerar mais renda, ele passará a provocar mais despesas e a deslocar o papel da mulher, pois esta passará a ter novas atribuições na divisão do trabalho.

Tudo isso gera um desconforto dentro da estrutura da família, o homem que, tradicionalmente, tem sua identidade referenciada ao espaço público, passa a permanecer no espaço doméstico e inverte seu lugar com o da mulher. Além disso, a enfermidade está sempre associada à fragilidade, característica culturalmente não atribuída ao homem. Assim, mesmo com as mudanças culturais nesse sentido, ainda é possível observar, num mesmo contexto familiar, uma sobrecarga objetiva com relação ao deslocamento da pessoa geradora de renda e outra sobrecarga subjetiva se considerarmos que essa mulher, a cuidadora, deixa de enxergar em seu companheiro características tradicionalmente atribuídas a ele, até sua condição como autoridade moral da família pode ficar vulnerável. (ROSA, 2011)

Já quando a mulher é “a portadora de transtorno mental, parece afetar muito mais a família, porque é o elo organizador do grupo. Por intermédio dela ocorrem as transações e intermediações no grupo” (ROSA, 2011, p. 266). De acordo com a autora, há uma desorganização familiar e isso ocorre principalmente em segmentos de baixa renda.

Além destes fatores que dificultam a permanência do PTM no mercado de trabalho, soma-se a isto o preconceito acerca da doença mental. Desta forma, o orçamento familiar é afetado, Fonte e Melo (2010) abordam o aspecto financeiro como interferente na dinâmica familiar, pois tanto o PTM quanto o cuidador têm perdas salariais, levando em consideração algumas faltas em decorrência do acompanhamento do tratamento do paciente ou até mesmo do cuidado mais atento que demanda o paciente quando este se encontra em surto.

Sendo assim, com a perda da renda do PTM, e este, estando amparado ou não pelo benefício social, somado às perdas salariais dos cuidadores e ainda uma parte da renda da família que antes era destinada a outras prioridades, agora passa a ser reservada ao custeio de medicamentos, despesas com viagens, internações, médicos, dentre outras, tudo isso justifica os CAPS oferecerem oficinas de geração de renda para os usuários, pois esta é uma realidade que afeta todos na família. São possíveis ainda outras despesas, pois é difícil avaliar ou quantificar a sobrecarga financeira que envolve o transtorno mental porque trata-se de casos específicos dependendo da situação econômica de cada família bem como também vai variar de acordo com a Patologia diagnosticada.

Embora se saiba que há benefícios concedidos a estes cidadãos, garantidos pelo LOAS (Lei Orgânica de Assistência Social), porém, na literatura consultada não foi mencionada essa questão, e aqui não me detive a investigar.

Existe também a sobrecarga do cuidado, geralmente de difícil condução para a família devido à demanda do paciente. Este, às vezes, exige, em situações de crise, alerta constante, ocorrendo em alguns casos o receio de morte, de acidentes em que o PTM possa se machucar ou machucar alguém, como o risco de incêndio. A dificuldade pode se dar também pela escassez ou até mesmo inexistência de outro membro da família para dividir as tarefas do cuidado. A família, sem ajuda, não consegue se articular na administração de suas responsabilidades, compromissos rotineiros e mais os cuidados diários que deve ter quando há um membro da família com transtorno mental, e isso, acaba causando sofrimento ao cuidador como nos fala Borba (2008).

A família é, tradicionalmente, provedora da proteção e do cuidado dos seus membros. Especificamente, em uma família onde há uma pessoa com transtorno mental esse cuidado se torna maior, num período maior de tempo, aos poucos a família se vê com dificuldades que vão surgindo nesse cuidado do paciente e em consequência dessa convivência tem o sentimento de impotência e o adiamento de planos e expectativas relativas à vida pessoal do cuidador em virtude da doença que passa a organizar sua vida em torno dela. A preocupação é constante com horários e dosagens de medicamentos, com receio da fuga, de acidentes, de higiene pessoal e de transporte. O cuidado da família objetiva o desenvolvimento das capacidades de seus membros, e no caso do PTM, com esse cuidado vai preservar a vida.

Além destas dificuldades, ainda há a sobrecarga física e emocional, tais percalços se referem ao esgotamento do cuidador e esse desgaste pode interferir na sua vida de forma bem generalista, tendo em vista que o ser humano é um ser biopsicossocial podendo atingir,

inclusive, no processo de adoecimento, e na capacidade de elaboração de estratégias de enfrentamento, de acordo com os pesquisadores aqui mencionados.

Os sintomas apresentados pelos portadores de sofrimento psíquico como conversar sozinho, agressividade, insônia, alteração do conteúdo do pensamento, perturbações da linguagem, comportamento imprevisível ou irresponsável podem causar o desgaste físico e emocional do cuidador. Essa sintomatologia vai causando, no cuidador, um sentimento de alerta constante, uma ansiedade que vai tornando o cuidador mais vulnerável a perdas de saúde, do aspecto financeiro e do equilíbrio físico, mental e emocional como afirma Oliveira e Loyola (2004). Distúrbios do sono, irritação, falta de apetite são relatados por familiares ou cuidadores de PTM, encontrados nas pesquisas aqui utilizadas, e os agravos na saúde também aparecem, alterando ainda mais a dinâmica familiar, além de problemas da coluna, hipertensão arterial, problemas cardíacos, estresse, tensão e nervosismo na família, bem como outros sintomas psicológicos como desânimo em relação ao auto-cuidado, depressão, preocupação excessiva com problemas decorrentes dos efeitos colaterais da medicação e a baixa auto-estima relativa à estigmatização.

A complexidade das questões que envolvem o PTM e sua família é notável, não há como dissociar o “corpo doente” das dimensões sociais, assim, é importante perceber a necessidade que há de trabalhar individualmente com este cuidador de PTM, além de ser evidente a importância do trabalho já realizado de caráter coletivo, indispensável no processo terapêutico planejado pela equipe, pois a doença psíquica que afeta este paciente poderá, gradativamente, adoecer a família, uma vez que, após o processo de Reforma Psiquiátrica ficou sob a responsabilidade desta o cuidado do PTM.

Portanto, observada tal fragilidade dessas relações familiares, levando em consideração a vulnerabilidade quanto à saúde dos membros da família, é importante se discutir políticas públicas voltadas a esse público, que demonstra, através de dados e resultados de pesquisas, a necessidade de apoio psicológico, oferecido pelos órgãos de saúde mental especializados – CAPS – para dar suporte a estas pessoas para que elas possam reelaborar suas estratégias de enfrentamento diante dessa nova realidade que enfrentam: a doença mental dentro de casa e toda sua complexidade.

5 PSICOTERAPIA INDIVIDUAL AOS CUIDADORES DE PACIENTES COM TRANSTORNO MENTAL OFERECIDA PELO CAPS

O serviço de saúde oferecido pelo CAPS é especializado em saúde mental e de caráter psicossocial, como já se sabe. O trabalho do psicólogo nesse centro é de cunho social na forma de tratar os usuários, bem como a família destes, pois trata-se de um trabalho comunitário desenvolvido por uma equipe multiprofissional para garantir aos usuários seus direitos nas mais variadas dimensões da vida do ser humano (BRASIL, 2004).

O trabalho social do psicólogo valoriza o protagonismo social, ou seja, a autonomia dos indivíduos, o empoderamento das camadas mais vulneráveis da sociedade, trabalha dentro da perspectiva de cidadão, de seu poder de escolha individual e coletivo e, discute sobre a importância da coletividade num contexto de comunidade na busca de melhorias. Tal trabalho desenvolve suas atividades, geralmente, a partir de grupos operativos ou grupos terapêuticos. (ZIMERMAN, 2000; PICHON-RIVIERE, 2009).

Embora o trabalho grupal, mesmo sendo muito utilizado e apresentar bons resultados o que foi verificado é que a família tem sofrido uma sobrecarga, tanto objetiva (física) quanto subjetiva (emocional) e isso pode causar sofrimento entre os membros do grupo familiar do PTM (BORBA et al., 2008). À medida que as famílias passaram a ter sob sua responsabilidade o cuidado com este paciente, após o processo de desinstitucionalização, e que foi substituído pelo serviço dos Centros Especializados em Saúde Mental que tratam o paciente em todas as suas dimensões, inclusive a social, através de sua reinserção na sociedade elas passaram por uma mudança em toda sua estrutura, como aqui já discutimos, no aspecto econômico, cultural e psicológico, porém, estas famílias não foram preparadas para tais modificações tão profundas, capazes de mexer com a saúde mental delas (BIELEMANN et al., 2009).

Estas famílias sofrem e interferem nesse tratamento de forma direta ou indireta, portanto, a discussão baseada nestas pesquisas, que a fundamentam, tem a intenção de mostrar a necessidade de se perceber essa nova realidade desse grupo e de buscar estratégias terapêuticas para se trabalhar de forma mais eficaz com esse público que precisa de ajuda. Uma possível forma de se trabalhar essas questões seria através de atendimento individualizado ao cuidador desse PTM, oferecendo-lhe uma psicoterapia. Não deixando de

considerar todo o trabalho social que é desenvolvido pela equipe dos Centros Especializados que valorizam o tratamento grupal.

Essa possível estratégia de atendimento a ser desenvolvida por esses centros é garantida em lei através da portaria N° 336 GM/MS de 2002 no parágrafo 2° do artigo 1° traz a informação de que o CAPS deve prestar um serviço ambulatorial à comunidade, portanto, mesmo sendo um atendimento, prioritariamente, de cunho social é legítimo dar essa assistência de forma individual, justificando tal assistência ser prestada no Centro Especializado por conta do projeto terapêutico do qual o cuidador faz parte de acordo com a perspectiva psicossocial do trabalho desenvolvido pela equipe.

A partir desta discussão, aqui levantada, se faz necessário justificar tal necessidade dessa assistência através de pesquisas que também trouxeram essa temática. Este artigo se utilizou de pesquisas com temática relativas a cuidador, a paciente com transtorno mental, ao atendimento CAPS, ao sofrimento, à Reforma Psiquiátrica, e a construção dessa realidade do cuidador de PTM dentro desse panorama de Atenção em Saúde Mental na atualidade de forma mais abrangente.

As pesquisas que seguem, no tópico seguinte, foram selecionadas dentre um número maior consultadas que compõem o referencial teórico deste trabalho, e vão mostrar, de forma mais precisa, estas relações acima descritas. Foram usadas as palavras-chave, família, saúde e transtorno mental, para encontrar o ponto de convergência entre os estudos trazidos, bem como permitisse-nos fazer a relação entre a mudança trazida para a vida do cuidador e a necessidade das famílias serem cuidadas frente suas singularidades e individualidades e como essas novas demandas estão sendo administradas pela rede de matriciamento do Sistema de Saúde Pública em decorrência das modificações trazidas pela Reforma Psiquiátrica com seus pontos positivos e negativos.

5.1 RELAÇÃO ENTRE O SOFRIMENTO DO CUIDADOR DE PTM E A NECESSIDADE DE RECEBER SUPORTE

As pesquisas foram enumeradas para facilitar a identificação e compreensão de cada comentário e a relação entre elas: P1, P2, P3 e P4.

- P1 - Seminário Internacional de Saúde Mental (FIOCRUZ, 2015)

Este material trata-se de um resumo de várias pesquisas sobre saúde mental que traz dados macroeconômicos e sociais do Brasil, é dividido em 4 capítulos: uma revisão literária do período de 2001 a 2014; uma discussão sobre 2 eixos temáticos: a desinstitucionalização e saúde mental comunitária; questionários aplicados a professores, gestores e família sobre os avanços e retrocessos da Reforma Psiquiátrica; e por fim, traz uma discussão geral sobre o tema central.

Em cada capítulo há uma reflexão quanto aos avanços, barreiras e estratégias úteis ao atendimento em saúde mental.

Se a importância da reforma como política pública é amplamente reconhecida na literatura científica, alguns AVANÇOS se destacam de forma mais clara, seja na literatura, como na análise dos dados e na opinião dos atores implicados. Especificamente, parece haver consenso em que (...)

O país conseguiu enfrentar, ainda que parcialmente, o desafio da inovação, propondo e implantando tecnologias novas, como os CAPS, além de outros dispositivos e iniciativas.

Houve avanço importante e aparentemente consolidado, no campo das leis e normas aplicáveis ao novo modelo, destacando-se a importância e eficácia da lei nacional (lei10216/2001).” (p. 68)

Também com base nas três fontes de informação e análise, podem ser identificadas, mais destacadamente, entre outras, as seguintes BARREIRAS para o avanço e consolidação da reforma. (...)

Tanto a literatura quanto a percepção dos atores apontam importantes necessidades não contempladas na área de recursos humanos. Ocorre insuficiência e inadequação na formação dos profissionais, bem como instabilidade e precarização dos vínculos laborais.” (p.69)

As ESTRATÉGIAS ÚTEIS que foram mais mencionadas e identificadas, e que constituem importante contribuição da experiência brasileira para a saúde mental global: (...)

os serviços comunitários, sendo destacada a efetividade dos CAPS, apesar dos problemas de estrutura e processo;” (p. 70)

Podemos observar que houve avanço, mas ainda existem barreiras e é destacada a questão da insuficiência e inadequação da formação dos profissionais e como estratégia não tem sido contemplado o cuidado individual, permanecendo apenas o comunitário.

- P2 - Cuidando do familiar com transtorno mental: desafios percebidos pelos cuidadores sobre as tarefas de cuidar. (KEBBE et al., 2014)

Esta pesquisa buscou conhecer como o cuidador ajuda o familiar com transtorno mental nas atividades cotidianas e observou-se a sobrecarga objetiva e subjetiva desse cuidador, indicando a necessidade de intervenção na saúde do cuidador por parte dos equipamentos de saúde mental. É um estudo qualitativo feito com cuidadores de pacientes do Hospital Dia no estado de São Paulo. Mesmo que nossa discussão aqui esteja centrada em

cuidadores de PTM atendidos pelos CAPS essa pesquisa se fez considerável, embora realizada em Hospital Dia, pelo fato dos pacientes atendidos nessas emergências, pela vulnerabilidade de um surto, são acompanhados pelo CAPS.

Verificou-se, nessa pesquisa, a dificuldade enfrentada pelo cuidador em auxiliar, de forma adequada, o PTM, e em especial no momento de crise. O estudo mostra um paradoxo nas ações dos participantes, pois à medida que passam a cuidar mais constantemente do familiar PTM passa a cuidar menos de si, inclusive, de sua saúde.

Nos grupos focais, os depoimentos elaborados pelos sujeitos, acerca dos cuidados ofertados ao ente com transtorno mental, possibilitaram-lhes compartilhar experiências, fazendo com que reconhecessem a necessidade de receberem ajuda técnica e especializada do HD. Outros equipamentos de saúde mental, desde que articulados em uma rede funcional de saúde, deveriam colaborar na atenção à saúde dos familiares cuidadores. Acredita-se nessa ajuda como sendo imprescindível aos cuidadores, pois se vislumbra a possibilidade de melhorar a qualidade do cuidado nas atividades sócio-ocupacionais dos entes com transtornos mentais, o que lhes permitirá melhorar a própria qualidade de vida e redimensionar, de forma contínua e positiva, seu próprio papel, enquanto cuidadores (p. 503).

A pesquisa traz, claramente, a necessidade de repensar o cuidado com a saúde da pessoa que cuida do PTM.

- P3 - A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. (BIELEMANN et al., 2009)

Esta pesquisa objetivou retratar a inserção da família nos Centros de Atenção Psicossociais, sendo este trabalho uma parte da fase qualitativa, um estudo de caso feito no Sul do país e verificou-se a necessidade de os profissionais voltarem-se para a assistência às famílias que precisam ser cuidadas frente suas individualidades e singularidades. No estudo, foram feitos alguns recortes de relatos dos familiares e de profissionais que participavam dos grupos de familiares formados para inserção da família no processo terapêutico do CAPS, onde foi realizada a pesquisa.

“O meu marido vem nas reuniões, ele não gosta, mas ele vem praticamente obrigado, ele diz que não tem oportunidade quase nunca de falar. Tem pessoa que começa a falar, e falar, e falar, termina a reunião só aquela pessoa falou do problema (U3).” (p. 135)

“Porque ajuda, eles ensinam como a gente lida com ele [...] a fazer alguma coisa quando eles estão na crise [...] tenta conversar, acalmar. A gente aprende bastante (F3).” (. 134)

“Elas têm que chegar e conversar com nós tem muitas coisas que ele leva daqui para lá e elas não vêm conversar, não pode só acreditar no paciente, tem que ver os outros que estão cuidando dele para ver como é que está, se tudo isso é verdade [...]. Elas só acreditam nele! [...] tem que chegar e conversar com todos os familiares também (F5).” (p. 136)

Os relatos trazidos pela pesquisa nos mostram o quanto o trabalho realizado pelos centros, numa perspectiva social é importante para usuários e família, mas também evidencia a necessidade de um momento individual, que permita que a singularidade de cada indivíduo seja evidenciada.

- P4 - Políticas Públicas atuais de Saúde Mental e os serviços substitutivos em B.H. In: XV Encontro Nacional da ABRAPSO – Psicologia Social e Políticas de Existência: fronteiras e conflitos. (PAULA, 2009)

Este artigo, publicado no XV Encontro Nacional da ABRAPSO, acrescenta à nossa discussão considerações acerca da Reforma Sanitária, movimento que serviu de base para fundamentar os princípios do SUS e a Reforma Psiquiátrica. Reflexões sobre a reforma sanitária ocorrida e a atenção básica de hoje são os alicerces para construção de uma visão da Reforma Psiquiátrica e a rede de matriciamento como suporte aos usuários dos equipamentos da saúde mental pública nos auxiliam na compreensão dos avanços ao longo dessa história pela luta dos direitos dos PTM, e também de sua família, em nosso caso específico de estudo, do cuidador, mas também do que ainda pode ser melhorado nessa política de assistência à saúde da família.

Espera-se que as condições de trabalho na nova modalidade de assistência à saúde mental, também o considerem como cidadão portador de direitos humanos, tanto quanto os usuários dos serviços. Considerações para além dos investimentos recorrentes em capacitação. Não que esta seja inválida, muito pelo contrário, inclusive sendo uma das ênfases no Matriciamento-interseção ESM e ESF. Entretanto, além da necessidade de qualificar, capacitar, educar continuamente as pessoas que trabalham na saúde, faz-se necessário construir espaços políticos coletivos de reflexões e iniciativas sobre as condições e a organização – as relações intersubjetivas, do trabalho. (p. 9)

O cuidador, assunto central de nossa discussão, fica suscetível ao sofrimento em decorrência da sobrecarga objetiva e subjetiva, aumentando as chances de outros comprometimentos na saúde. Após uma visão mais ampliada destas pesquisas aqui trazidas, podemos relacionar o atual serviço em saúde mental prestado pelos equipamentos substitutivos às instituições psiquiátricas e a necessidade de se tratar o cuidador, através da psicoterapia individual, tendo em vista a ausência de uma política voltada à saúde do

cuidador, diante dessa nossa realidade de inserção da família dentro do processo terapêutico realizado pelos CAPS.

Contudo, podemos concluir, após a análise das pesquisas acima citadas que, de acordo com P1, o sistema de saúde mental, após a Reforma Psiquiátrica passou por significativas mudanças que favoreceram avanços, barreiras e a evidente necessidade de se criar estratégias de melhorar esse serviço de saúde pública, pois a realidade da família em P2 é que quanto mais se cuida do PTM menos o cuidador cuida de si, causando, possivelmente, como consequência o sofrimento dessa pessoa e isso nos leva a compreender a necessidade de que as famílias têm de serem cuidadas, pelos instrumentos de intervenção psicossocial, frente suas singularidades e individualidades que são consideradas em P3. Assim, após tais reflexões quanto tudo que já se avançou na saúde mental, se faz necessário pensar em estratégias que sirvam de melhorias nos serviços substitutivos, dentro dessa rede de matriciamento, contempladas em P4, que dê suporte ao PTM e à família.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permite a compreensão de uma realidade do cuidador do PTM, pós Reforma Psiquiátrica, observando os avanços na saúde mental, mas também, os aspectos negativos dessa mudança ao longo do tempo através de uma revisão bibliográfica que possibilite a convergência do tema entre pesquisadores. A mudança do serviço prestado à pessoa com transtorno mental, numa perspectiva histórica, é claramente marcada por avanços e retrocessos, embora a atualidade nos mostre uma visão mais coerente diante dos movimentos de luta do passado e o que se conseguiu pelos direitos dessas pessoas.

Alguns destes direitos, assegurados juridicamente, através de Leis Federais, Decretos, Portarias Interministeriais, Portarias do Ministério da Saúde, e Resoluções de Conselhos Nacionais, foram trazidos neste estudo para legitimar o que se trouxe sobre as Políticas Públicas de Saúde Mental para podermos melhor compreender o funcionamento da rede de cuidados à pessoa com transtorno mental dentro da Atenção Básica. De maneira mais específica, concentramos nossa atenção ao serviço substitutivo ao modelo hospitalocêntrico, os Centros de Referência Psicossociais, que desenvolvem um trabalho comunitário e executam ações terapêuticas com o paciente bem como acolhem o sofrimento da família a partir de intervenções psicossociais.

Tais intervenções representam, dentro do contexto de saúde mental, um suporte social de grande relevância, visto que se trata da construção de um projeto terapêutico no qual se inclui a família e considera o sofrimento e a importância desta, principalmente, para o sucesso desse projeto. Os Centros de Referência Psicossociais, através de instrumentos de intervenção como grupos terapêuticos e grupos operativos executam a inserção desse paciente na sociedade, outrora mantidos em hospitais psiquiátricos, como também, promove a inserção da família dentro do projeto terapêutico, valorizando seu potencial de continuador tratamento no ambiente doméstico, do trabalho feito pelos profissionais.

A família tem, nesse contexto, um novo e importante papel, pois é ela, e em específico, uma pessoa membro da família responsável pelo cuidado desse paciente que, gradativamente, precisará cada dia mais de mais cuidados e isso conduzirá à exaustão desse cuidador. A exaustão desse cuidador se define como uma sobrecarga que tem caráter objetivo e subjetivo, tratada por vários pesquisadores, e aqui também observada como causadora do sofrimento que passa o cuidador do PTM.

Embora o cuidado em saúde mental apresente significativas mudanças teórico-práticas, o estudo tem a intenção de provocar a discussão da necessidade de criação de novas estratégias de trabalhar a sobrecarga tanto objetiva quanto subjetiva desse cuidador, que, mesmo sendo acolhido por essa equipe há a possibilidade dele estar em sofrimento por conta desse serviço da rede matricial não estar tendo o cuidado com essa família. À medida que este paciente recebe tal atendimento, seus respectivos cuidadores e membros da família, de forma geral, têm à sua disposição as práticas interventivas que seguem a linha da abordagem familiar e não individuais.

No entanto, de acordo com as pesquisas aqui analisadas, pudemos observar que mesmo com este suporte psicossocial ao paciente e à família, ainda há muita sobrecarga a ser trabalhada e redirecionada. Tendo em vista essa realidade de sofrimento do cuidador frente a esse novo papel de inserção do PTM na sociedade e as dificuldades por ele encontradas em lidar com essas sobrecargas provenientes desse cuidado, o estudo objetiva incitar à discussão quanto à necessidade de pensar estratégias de melhoramento desse atendimento em Saúde Mental dentro da Atenção Básica.

Diante dessa rede de matriciamento do serviço prestado ao PTM se faria pertinente utilizar como estratégia de aprimoramento, além das intervenções já desenvolvidas, como as terapias comunitárias, inseridas no cronograma de atividades da equipe multiprofissional, as psicoterapias individuais voltadas ao cuidador como parte complementar do projeto terapêutico do paciente. Visto que as singularidades e individualidades poderiam ser também trabalhadas em consonância com os aspectos sociais comumente asseguradas pelas Políticas Públicas de Saúde Mental.

Deve-se, contudo, reconhecer o valor desse trabalho educativo que capacita para um agir do cuidador, pois permite a possibilidade de construção e reconstrução de saberes proporcionando à família uma nova visão daquela circunstância vivida através, às vezes, de uma remodelagem de comportamentos e atitudes. Essa estratégia de formação grupal, embora não ofereça uma proposta de terapia familiar, ela ajuda na administração de vida, facilitando o processo de cooperação, diminui fatores estressantes e suprime situações de crise.

O espaço grupal evidencia a proposta comunitária de serviço trazendo a ideia da coletividade, pois promove um momento de compartilhamentos e dá a oportunidade da autonomia de cada integrante do grupo, e ao mesmo tempo, um espaço de troca, de ajuda mútua. Mesmo diante de todo seu benefício essa estratégia esbarra em algumas limitações, pois as particularidades familiares, mesmo sendo importante incentivar o espaço de convivência coletiva para a comunicação dos casos, existem e há a necessidade da escuta

efetiva, o atendimento individual de caráter terapêutico que, muitas vezes, é buscado na rede de Atenção Básica e não é encontrado.

Tal proposta de atendimento complementar, aqui sugerida, ao projeto terapêutico já é utilizado em alguns Centros Especializados, mas de forma bem pontual, e não se configura como integrado ao projeto terapêutico, uma vez que a lei apenas permite esse tipo de tratamento ambulatorial, mas não o utiliza como padrão para todos os centros. Desta forma, o estudo pode contribuir na busca pela melhoria da saúde mental, no intuito de promover a discussão acerca do tema para que se construa fundamentos teórico práticos em futuras pesquisas para se elaborar um projeto piloto nesse sentido. O presente estudo não esgota aqui as possibilidades dessa busca, pelo contrário, ele permite a abertura para futuras discussões e até aumente, através de pesquisas nessa temática, a probabilidade de haver outras perspectivas de mudança nas políticas públicas em Saúde Mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M.M.; SCHAL, V.T.; MARTINS, A.M.; MODENA, C.M. A sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 32, n. 3, p. 73-79, 2010.

_____. **Cuidadores de pacientes com Esquizofrenia: a sobrecarga e a atenção em saúde**. 2009. 44 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2009.

BIELEMANN, V. L. M.; KANTORSKI, L. P.; BORGES, L. B.; CHIAVAGATTI, F. G.; WILLRICH, J. Q.; SOUZA, A. S.; HECK, R. M. A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. **Revista Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p.131-139, 2009.

BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. T. Família... O que está acontecendo com ela? In: BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. T. **Psicologias: uma introdução ao estudo da psicologia**. São Paulo: Saraiva, 2007, p. 247-260.

BORBA, L. O.; SCHWARTZ, E.; KANTORSKI, L.P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 4, p.588-594, 2008.

BRASIL, Normas Operacionais Básicas – NOB. Disponível em: www.planalto.gov.br
Acessado em: 20 de Novembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 34, Saúde Mental. Brasília, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental – 2004 a 2010. Edição XII Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental, Brasília, 2010, p. 257.

BRASIL, 2009. Disponível em: www.fazenda.gov.br. Acessado em 20 de novembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil, Ministério da Saúde (1996). Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITT, A. C. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão de trabalho interdisciplinar**. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n 2, p. 399-400, 2007.

CAVALCANTI, M. T. **A trama do tear sobre o tratar em psiquiatria**. 1997. 288 f. Tese (Doutorado em Psiquiatria) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

CHIAVERNI, D. H. (Org.). (2011). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde/ Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Del Barrio, L. R., Perron, N. & Ouell.

COLVERO, L. A.; IDE, C. A. C.; ROLIM, M. A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Revista Escola de Enfermagem – USP**, v. 38, n. 2, p. 197-205, 2004.

COSTA, J.F. **Ordem médica e norma familiar**. 2 ed. Rio de Janeiro, Graal, 1983.

DELFINI, P. S. S.; SATO, M. T.; ANTONELI, P. P.; GUIMARÃES, P. O. S. **Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber**. Ciência e Saúde Coletiva, v. 14, p. 1483-1492, 2009.

DUARTE, L.F.D. **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas**. 2 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1988.

EDUCAÇÃO. Disponível em: www.portal.mec.gov.br. Acessado em: 20 de novembro de 2017.

ELOIA, S. C. ; OLIVEIRA, E. N. ; ELOIA, S. M. C. ; LOMEIO, R. C. ; PARENTE, J. R. F. **Sobrecarga do cuidador familiar de pessoas com transtorno mental: uma revisão integrativa**. Revista Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 996-1007, 2014.

FARIA, Sheila Siqueira de Castro. **Legitimidade, estratégias familiares e condição feminina no Brasil escravista**. In: VIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Anep, 1992, v.1

FAUSTO NETO, A.M.O. **Família operária e reprodução da força de trabalho**. Petrópolis, Vozes, 1982.

FIOCRUZ. Fundação Calouste Gulbenkian. **Inovações e Desafios em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária no Brasil**. Seminário Internacional de Saúde Mental: Documento Técnico Final. Organização Mundial de Saúde. Ministério da Saúde, 2015.

FONSECA, C. **Caminhos da adoção**. São Paulo, Cortez, 1995.

FONTE, L. M. M.; MELO, D. D. G. **Apoio social e sobrecarga familiar: um olhar sobre o cuidado cotidiano ao portador de transtorno mental**. Sociedade em debate, Pelotas, v. 16, n. 1, p. 173-194, 2010.

JUSBRASIL. Disponível em: www.jusbrasil.com.br. Acessado em: 28 de outubro de 2017.

KEBBE, L. M.; RÔSE, L. B. R.; FIORATI, R. C.; CARRETTA, R. Y. D. **Cuidando do familiar com transtorno mental: desafios percebidos pelos cuidadores sobre as tarefas de cuidar**. Revista Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 494-505, 2014.

KOGA, M. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. 1997. 78 f. Dissertação de Mestrado - **Escola de enfermagem de Ribeirão Preto**. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 1997.

MELMAN, J. **Repensando o cuidado em relação aos familiares de pacientes com transtorno mental**. São Paulo, USP/D.M., 1998. Dissertação de mestrado em Medicina.

NUNES, M.; JUCA, V. J.; VALENTIM, C. P. B. **Ações de Saúde Mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária**. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, 2007.

OLIVEIRA, R. M. P.; LOYOLA; C. M. **Devagar que temos pressa: a enfermagem e o campo as saúde mental**. In: CAVALCANTE, M. T.; VENÂNCIO, A. T. A. Saúde Mental: campos, saberes e discursos. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA, 2004.

PAULA, P. P. **Políticas Públicas atuais de saúde mental e os serviços substitutivos em BH**. XV Encontro Nacional da ABRAPSO: Psicologia Social e Políticas de Existência: Fronteiras e conflitos. Maceió, 2009.

PICHON-RIVIERE, E. O. **Processo Grupal**. 8ª Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2009. 286 p.

RESENDE, H. Política de Saúde Mental no Brasil – uma visão histórica. In: TUNDIS, S.; COSTA, N. **Cidadania e loucura, políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1990, 288 p.

ROSA, L. C. S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 3ª ed. São Paulo, Cortez, 2011.

SAÚDE. Disponível em: www.bvsmms.saude.gov.br. Acessado em: 20 de novembro de 2017.

SIMIONATO, M. A. W.; OLIVEIRA, R. G. **Funções e transformações da família ao longo da história**. I Encontro Paranaense de Psicopedagogia. ABPppr, Nov, 2003.

SOUZA FILHO, M. D.; SOUSA, A. O.; PARENTE, A. C. B. V.; CARVALHO E MARTINS, M. C. Avaliação da sobrecarga em familiares cuidadores de pacientes esquizofrênicos adultos. **Revista Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n.3, p. 639-647, 2010.

VASCONCELOS, E. M. **Educação Popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Editora Hucitec, 1999. 332 p.

_____. **Do hospício à comunidade**. Belo Horizonte: Segrac, 1992.

_____. **Educação popular nos serviços de saúde**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 1997.

ZIMERMAN, G. I. **Velhice: aspectos biopsicossociais**. Porto Alegre: ArtMed, 2000. 229 p.