



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
COORDENAÇÃO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

VIVIANE NUNES FERREIRA

**CAPS II NOVOS TEMPOS: A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NOS CUIDADOS COM
O PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL**

**CAMPINA GRANDE
2011**

VIVIANE NUNES FERREIRA

**CAPS II NOVOS TEMPOS: A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NOS CUIDADOS COM
O PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) como requisito necessário a obtenção do título de Bacharel (a) em Serviço Social.

Orientador: Prof. Me. William Almeida de Lacerda

**CAMPINA GRANDE
2011**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA SETORIAL CIA1 – UEPB

F383c Ferreira, Viviane Nunes.

CAPS II Novos Tempos: a importância da família nos cuidados com o portador de transtorno mental / Viviane Nunes Ferreira. – 2011.

31 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais e Aplicadas, 2011.

“Orientação: Profa. Ms. William Almeida de Lacerda, Departamento de Serviço Social”.

1. Família. 2. Cuidador. 3. Transtorno mental I. Título.

21. ed. CDD 362.2

VIVIANE NUNES FERREIRA

CAPS II NOVOS TEMPOS: A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NOS CUIDADOS COM
O PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL (PTM)

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Serviço Social
da Universidade Estadual da Paraíba
(UEPB) como quesito essencial para
obtenção do título de Bacharel(a) em
Serviço Social.

Aprovado em: 19 / 12 / 2011

BANCA EXAMINADORA

William Almeida de Lacerda
Prof. Me. William Almeida de Lacerda – CCSA/UEPB
Orientador

Lúcia Maria Patriota
Profª Me. Lúcia Maria Patriota - CCSA/UEPB
Examinadora

Adriana Freire Pereira Ferriz
Profª Adriana Freire Pereira Ferriz - CCSA/UEPB
Examinadora

LISTA DE SIGLAS

BNB	Banco do Nordeste do Brasil
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICANERF	Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Assistência Psicossocial
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PSF	Programa Saúde da Família
PTI	Projeto Terapêutico Individual
PTM	Portador de Transtorno Mental
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

RESUMO	5
1 INTRODUÇÃO	6
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	10
2.1 Contextualização histórica sobre o atendimento ao portador de transtorno mental	10
2.2 O processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil e em Campina Grande/PB.....	12
2.3 A importância do cuidador familiar no tratamento do Portador de Transtorno Mental (PTM)	17
3 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	20
3.1 A importância do(a) cuidador(a): significados e condições	20
3.2 A concepção do(a) cuidador(a) acerca do CAPS e do Serviço Social	23
3.3 A concepção do(a) cuidador(a) no que tange o processo de socialização do sujeito.....	24
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS.....	30

CAPS II NOVOS TEMPOS: A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NOS CUIDADOS COM O PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica traz uma nova perspectiva no processo de tratamento e acompanhamento ao Portador de Transtorno Mental (PTM), esta propõe em suas diretrizes e princípios operacionais o fim do modelo institucionalizado centrado apenas no hospital psiquiátrico possibilitando o atendimento multiprofissional e o engajamento familiar dentro do serviço. Sendo assim, o cuidador tornou-se um dos agentes principais na assistência e cuidado à pessoa com transtorno mental. Foi pensando nesta nova forma de tratamento ao portador de transtorno mental que impulsionou o interesse por essa temática e, conseqüentemente pela intervenção. Assim, este artigo teve como objetivo contribuir com as discussões acerca do “cuidador” junto ao grupo família do CAPS II em Campina Grande/PB, bem como mostrar a importância da família junto ao tratamento do PTM. Trata-se de um trabalho de natureza interventiva e com uma abordagem qualitativa, onde os sujeitos participantes foram os principais cuidadores com assiduidade no grupo de família do CAPS II Novos Tempos de Campina Grande/PB. Conclui-se que as representações do significado de cuidar para os cuidadores foram: paciência; desgaste; acompanhar; vigiar; remédio; amor; carinho; informar; arrumar; alimentar; zelar e sobrecarga. Demonstrando, assim, o entendimento dos cuidadores de que o cuidado está diretamente relacionado às ações assistenciais.

Palavras-Chave: Família. Cuidador. Transtorno Mental.

CAPS II NEW TIMES: THE IMPORTANCE OF FAMILY IN THE CARE OF THE CARRIER OF MENTAL DISORDER

ABSTRACT

The Psychiatric Reform brings a new perspective in the treatment process and monitoring the mentally ill - PTM, in which it proposed in its operating principles and guidelines the end of the model focused only institutionalized in a psychiatric hospital and enabling multidisciplinary care and family engagement. Therefore, the caregiver has become one of the main actors in the assistance and care to people with mental disorders. He was thinking of this new form of treatment to mentally ill which boosted interest in this subject and therefore the intervention. Thus, this study aimed to contribute to discussions about the "caregiver" with the group II family of CAPS in Campina Grande/PB, as well as showing the importance of family treatment with the. It is a work of nature and intervening with a qualitative approach, where the participating subjects were the main caregivers in the group with attendance of family CAPS II New Times Campina Grande/PB. It is concluded that the representations of the meaning of caring for caregivers were: patience, wear, track, monitor, medicine, love, caring, informed, fix, food, and ensure overload. Thereby demonstrating an understanding of caregivers that care is directly related to assistance actions.

Keywords: Family. Caregiver. Mental Disorder.

1 INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica no Brasil é um movimento histórico de caráter político, social e econômico que pretende construir um novo estatuto social para o doente mental, que lhe garanta cidadania, o respeito a seus direitos e sua individualidade. A práxis da Reforma Psiquiátrica faz parte do cotidiano de um bom número de profissionais de saúde mental e tem como uma das vertentes principais a desinstitucionalização com conseqüente desconstrução do manicômio e dos paradigmas que o sustentam.

Estudos relatam que a “doença do século” está relacionada com as grandes questões psiquiátricas, estando elas em dicotomia com uma árdua realidade. A todo instante são identificados novos transtornos, além das já existentes tais como transtorno bipolar, depressão, esquizofrenia, autismo, dentre outros que afetam pessoas de todas as idades seja crianças, adolescentes ou adultos.

Diante das mudanças que vem ocorrendo junto aos sujeitos em sofrimento psíquico, na sua relação com a assistência prestada aos familiares desses usuários, com base na importância da participação familiar e na reinserção social do sujeito é que surge o interesse em aprofundar na temática sobre a família, visto que ela é parte fundamental no tratamento.

Rosa (2003) afirma que a família é o berço onde identidades são geradas e formadas, é extremamente necessário que ao identificar algum empecilho para que ela não possa cumprir o seu papel nessa formação medidas sejam tomadas, funcionando de forma intervencionista, defendendo sempre que as relações familiares são pontos de apoio e equilíbrio.

A mudança em relação ao atendimento do Portador de Transtorno Mental (PTM) faz com que o atendimento multiprofissional e o engajamento familiar sejam suas bases legitimadoras. A família, principalmente nos últimos tempos, dados os novos contornos adquiridos pela saúde em geral, vem assumindo papel preponderante no que se refere ao cuidado da pessoa em processo terapêutico. O cuidador é uma agente de grande importância nos serviços prestados, sendo este, o elo entre usuário e serviço.

A mulher, enquanto mãe, esposa e filha despontam como uma personagem em evidência nesse cenário, sendo historicamente retratada como a pessoa

responsável pelo doente mental, uma vez que oferta historicamente o cuidado em vários segmentos. Enquanto cuidadora, a mulher passa a desempenhar funções antes atribuídas às instituições fechadas, ofertando ainda um diferencial: o bem cuidar.

Sendo assim, o presente artigo traz o relato de uma prática interventiva desenvolvida no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) II Novos Tempos de Campina Grande/PB com o intuito de informar acerca da relação familiar, as experiências e dificuldades das famílias, principalmente do(a) cuidador(a) do PTM e abordar quais as perspectivas dos mesmos junto ao serviço.

Trata-se de uma proposta de intervenção, desenvolvido durante o Estágio Supervisionado IV e que abrange a importância familiar para resocialização do sujeito. Tal proposta foi desenvolvida no grupo de família com os(as) cuidadores(as) em que houve a realização de oficinas para abordar os temas aqui propostos.

O CAPS II Novos Tempos, dispõe de espaço físico para atividades de grupos, dois leitos para descanso, sendo um feminino e um masculino, salas de oficinas, enfermaria e sala de atendimento individual. Funciona de segunda à sexta, das 08h00min às 17h00min horas, é formado por uma equipe técnica composta de enfermeiro, psicopedagoga, psicóloga, assistente social e médico.

Tem por objetivo atender o PTM em crise, onde oferece suporte terapêutico e social para esse indivíduo que depois de acolhido é cadastrado no serviço. As formas como os usuários chegam ao serviço são as mais variadas, desde seu cuidador quando este já é usuário, até por pessoas comuns, polícia, advindos encaminhados por PSF (Programa Saúde da Família) etc.

Depois de acolhido, o usuário é avaliado pela equipe multiprofissional, onde este monta seu PTI (Projeto Terapêutico Individual) que se destina a adaptá-lo dentre as oficinas oferecidas pelo serviço (corte-costura bijuterias, colagem, arte, música e jogos). A família também é assistida como já foi falado, dentro dos grupos de família.

Quanto ao atendimento, se intensivo, não intensivo ou semi-intensivo, este se dá de acordo com seu PTI e obedecem as normas da Portaria nº. 336/GM que estabelece em seu parágrafo único do art. 5º.

Define-se como tratamento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessita de acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento para aqueles que necessitam de acompanhamento freqüentemente, fixado em seu projeto terapêutico, mas que não precisam estar diariamente no CAPS; não intensivo é o tratamento que em função do quadro clínico, pode ter uma freqüência menor (BRASIL, 2011a, p. 9).

Observa-se na construção e elaboração do CAPS uma preocupação em manter a família próxima ao serviço, pois esta é quem mantém o vínculo entre PTM – CAPS. Vendo isto no decorrer das idas ao estágio e na participação do grupo família é que surge o interesse em elaborar o projeto de intervenção com o grupo de família.

As reuniões do Grupo Família, nas quais geralmente participa o principal “cuidador”, acontecem duas vezes por semana, com duração de uma hora destinada para os familiares conversarem e exporem suas experiências, angústias e medos. Escolher o grupo de família para o projeto de intervenção decorre também do fato de que a família é parte fundamental para o processo de reabilitação psicossocial do usuário e por ser também um elo entre a instituição e o usuário.

A relevância do projeto de intervenção se configurou na importância dada à família do PTM como parte fundamental do tratamento e visou contribuir nas reflexões acerca dessa problemática, buscou intervir de forma mediadora nessas relações família e usuário, viabilizando uma reestruturação e reinclusão dos mesmos, como também almejando que venha servir de suporte teórico – metodológico para a instituição para que dessa forma venha subsidiar a formulação de estratégias e ações que favoreçam o envolvimento e a relação família x usuário x instituição, contribuindo assim para elaborações de projetos de vida.

O projeto contribuiu com as discussões a cerca do(a) “cuidador”(a) junto ao grupo família do CAPS II em Campina Grande/PB, destacando a importância da família no acompanhamento do PTM, além de caracterizar as famílias, identificando o principal cuidador, bem como mostrar a importância do mesmo no acompanhamento do tratamento.

Vem trabalhar a compreensão da família sobre sua importância na reinserção social do usuário na comunidade e desenvolver atividades que colaborem para integração usuário *versus* cuidador(a).

A metodologia utilizada foi pautada nos seguintes procedimentos: revisão bibliográfica, no sentido da construção da base teórico-conceitual, visando sustentar e ordenar o tema aqui proposto.

Para concretizar o projeto de intervenção, os encontros foram realizados semanalmente, cujos temas abordados foram; saúde, inclusão social, abordagem histórica acerca da família, inclusão social, importância da família no processo de tratamento e integração entre usuário e cuidador. Embora se trate de um projeto com ação interventiva, o mesmo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, mas procurou-se preservar o sigilo e o anonimato de todas as pessoas participantes das oficinas.

Foram realizadas cinco oficinas com as famílias do grupo de família que frequentam o serviço nos dias de sexta-feira das 08h30min às 09h30min. As oficinas foram desenvolvidas em conjunto com os cuidadores, sendo a primeira dividida em duas reuniões, uma para apresentar o projeto proposto e a outra para mostrar a importância dos mesmos no serviço.

A segunda oficina visou resgatar e explicar de forma breve a importância do(a) cuidador(a) na perspectiva de um sujeito ativo dentro do serviço, identificar sua concepção acerca do CAPS, as perspectivas junto ao serviço e qual a importância do mesmo. Para tanto, utilizou-se um roteiro acerca da família, bem como uma dinâmica de grupo.

A terceira oficina se deteve em uma sala de espera onde se buscou estreitar os laços familiares, mostrando a importância do acompanhamento dos mesmos no serviço, assim como saber sua concepção no que tange o processo de reinserção social.

E, por último, um debate acerca do que foi falado, buscando a opinião dos cuidadores acerca das oficinas realizadas. Ratificação do que foi mostrado ao longo das semanas e explanando o(a) cuidador(a) como importante na reinclusão social.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Contextualização histórica sobre o atendimento ao portador de transtorno mental

Na Idade Média, o mal da sociedade era representado pelos leprosos que se espalhava rapidamente causando pavor e exclusão de seus portadores, além de ser vista por todos como castigo divino. Com o fim da lepra, deixa em aberto um espaço para o novo representante, o louco (FOUCAULT, 1978).

A loucura tornou-se herdeira legítima do lugar dos excluídos, que ficou vago após a lepra e as doenças venéreas, dos pobres e dos vagabundos não serem vistos como castigo. É nesse período que surge a figura mítica da “nau dos loucos”, que vagava pelos rios, de cidade em cidade, povoando o imaginário europeu por muitos e muitos anos. Os loucos eram entregues aos navegantes que tinham a missão de deixá-los em outras cidades ou grupos de peregrinos que andavam em busca de milagres.

Silva (1977) ressalta que a Idade Média foi o período em que os loucos foram martirizados pelas credences religiosas, sendo considerados hereges e, portanto, queimados em fogueiras.

O século XVII foi marcado pelo surgimento dos primeiros movimentos em prol do novo modelo econômico, o burguês, que excluía os doentes mentais criando em toda Europa estabelecimentos de internação denominados de hospital geral para onde eram levados todos os que comprometiam essa nova ordem econômica: os marginalizados, pervertidos, miseráveis e loucos (FOUCAULT, 1978).

Ainda no século XVII, se começa a busca científica para se entender o desvario, o descontrole e o emocional, porém, se coloca em segundo plano a concepção real de loucura. Como afirma Foucault (1978, p. 42):

A experiência clássica da loucura nasce. A grande ameaça surgida no horizonte do século XV se atenua, os poderes inquietantes que habitavam a pintura de Bosch perderam sua violência. Algumas formas subsistem agora transparentes e dóceis, formando um cortejo, o inevitável cortejo da razão. A loucura deixou de ser, nos confins do mundo, do homem e da morte, uma figura escatológica; à noite na qual ela tinha os olhos fixos e da qual nasciam às formas do

impossível se dissipou. O esquecimento cai sobre o mundo sulcado pela livre escravidão de sua Nau: ela não irá mais de um aquém para um além, em sua estranha passagem; nunca mais ela será esse limite fugidio e absoluto. Ei-la amarrada, solidamente, no meio das coisas e das pessoas. Retida e segura. Não existe mais a barca, porém o hospital.

Com a fundação do Hospital Geral de Paris, em 1956, outros hospitais foram reorganizados para recolher, alimentar e isolar todos aqueles que desorganizavam a ordem social. Foucault (1978) diz que “A grande internação” se caracteriza por transformar o hospital, ao mesmo tempo, em um espaço de assistência pública, acolhimento e reclusão:

Soberania quase absoluta, jurisdição sem apelações, direito de execução contra o qual nada pode prevalecer – o Hospital Geral é um estranho poder que o rei estabelece entra a polícia e a justiça, nos limites da lei: é a terceira ordem de repressão. Os alienados que Pinel encontrou em Bicêtre e na Salpêtrière pertenciam a esse universo (FOUCAULT, 1978, p. 38).

O referido autor assevera que já no séc. XVIII, a loucura é o objeto legítimo de internação, entrando em cena o saber médico que caracteriza o doente mental, como um ser passível de cura. Com o pensamento da Revolução Francesa: liberdade, igualdade e fraternidade as casas de internação começaram a ser questionadas, sendo ratificada a constatação de que aquele modo de tratamento não resolvia o problema nem da loucura e nem da pobreza, uma vez que retinha mão- de- obra em plena era da industrialização.

Com as transformações ocorridas nas instituições após esse movimento revolucionário, os pacientes que podiam produzir foram inseridos no mercado de trabalho. Nesse contexto, Phillippe Pinel passa a ser o reformador do hospital de Bicetrê (AMARANTE, 1995), com isso se inicia o processo de reforma do espaço hospitalar e surge o hospital psiquiátrico.

No Brasil, a loucura só passa a ser vista como problema social com a chegada da família real, pois havia uma preocupação de tirar da rua o doente mental, bem como os que causavam certa desordem, é então inaugurado no Rio de Janeiro o primeiro hospital psiquiátrico do Brasil: o Hospital Pedro II (AMARANTE, 1994; COSTA, 1980).

Com capacidade para 350 pacientes, ao ser inaugurado já abrigava 144 doentes, ficando lotado cerca de um ano depois, com normas próprias e isolamento do próprio hospital quanto a sua localização, era abolida a visita domiciliar. Na verdade, tinha-se como princípio básico um duplo afastamento do louco do meio urbano e social, quer fosse pelo distanciamento ou pela reclusão (RESENDE, 1987).

A escolha da Praia Vermelha, local onde se construiria o Hospício de Pedro II foi em função de ser um local afastado do centro urbano. Com isso, ficava claro a prática de exclusão tão presente nas diversas maneiras de lidar com as formas de loucura.

Exclusão, eis aí, numa só palavra, a tendência central da assistência psiquiátrica brasileira, desde seus primórdios até os dias de hoje, o grande e sólido tronco de uma árvore que, se deu e perdeu ramos ao longo de sua vida e ao sabor das imposições dos diversos momentos históricos, jamais fletiu ao ataque de seus contestadores e reformadores (RESENDE, 1987, p. 36).

Como fica evidenciado, a exclusão, o afastamento, a falta de contato com o mundo exterior cronifica de tal forma o sujeito que o mesmo sequer luta contra as imposições e injustiças desses modelos hospitalocêntrico asilar, a partir disso, paira a dúvida, e no Brasil quando surge o interesse e iniciativa pela Reforma Psiquiátrica? Dessa forma, no próximo tópico abordaremos o percurso da psiquiatria brasileira bem como o processo de Reforma no município de Campina Grande/PB.

2.2 O processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil e em Campina Grande/PB

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário”, nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado.

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em âmbitos diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos

serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública.

O ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) passa a protagonizar e a construir, a partir deste período, a denúncia da violência dos 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 transtornos mentais.

A experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio são inspiradoras e revela a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas, como, por exemplo, na Colônia Juliano Moreira.

Em 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica no campo legislativo e normativo (BRASIL, 2001).

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental, surgindo às primeiras experiências com os CAPS, NAPS (Núcleos de Assistência Psicossocial) e Hospitais-dia.

Após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei Paulo Delgado é sancionada no país. A aprovação, no entanto, é de um substitutivo do Projeto de Lei original que traz modificações importantes no texto normativo. Assim, a Lei Federal nº. 10.216/2001 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2001).

As quatro Conferências Nacional de Saúde Mental ocorrida até agora consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo e confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência e defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, além de estabelecer o controle social como a garantia do avanço dessa Reforma no Brasil.

Se explana a III Conferência Nacional de Saúde Mental, pois esta contou com ampla participação dos movimentos sociais, de usuários e de seus familiares, que fornece os substratos políticos e teóricos para a política de saúde mental no Brasil (BRASIL, 2001).

Em Campina Grande/PB, município com estimativa de aproximadamente 384.000 habitantes, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011), a preocupação com o tratamento ao portador de transtorno mental se deu a partir da aprovação da Lei nº 10.216 de seis de abril de 2001, em que a prefeitura municipal, através da Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde, procurou mudar o modelo de assistência à saúde mental. Desde então, vem direcionando investimentos para ações e serviços que substituam o antigo modelo asilar e as longas internações por serviços como os CAPS, as Residências Terapêuticas e o Centro de Convivência e Cultura Artes.

Sendo assim, o município respondia a grande parte da demanda de saúde mental da região através de dois hospitais psiquiátricos, o Hospital João Ribeiro e o Hospital Dr. Maia, ambos de médio porte. Foi depois de reiteradas avaliações negativa do Programa Nacional de Avaliação de Serviço Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), que começa a tomar curso o processo de desinstitucionalização dos 176 pacientes do Hospital João Ribeiro e de descredenciamento do serviço da rede SUS (Sistema Único de Saúde).

Em 2005 com a interdição do Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional (ICANERF) se começa a enfrentar os problemas advindos desse fechamento, pois, havia pessoas ali que não tinha contato com suas famílias há muito tempo, pacientes, marcados por histórias de internações que apresentavam comportamentos institucionalizados, onde a história natural da doença, causas e fatores determinantes passam a ser irrelevante no quadro clínico do paciente tendo prioridade o fator identificado a cronificação do paciente.

Essa perda de identidade mostra bem os aspectos de vida que eram levados pelos internos, uma rotina estruturada e massificante que caracterizava o hospital como uma instituição totalmente desumana. Aonde a crueldade ia do banho frio ao atendimento médico, além dos choques e da nudez.

Após esses fatos começa em Campina Grande/PB o processo de programar os serviços substitutivos, a começar pela implementação do CAPS III, CAPS i, residência terapêutica e emergência psiquiátrica.

Os CAPS possuem equipe multiprofissional - composta por psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, técnicos administrativos, etc. - e oferecem diversas atividades terapêuticas: psicoterapia individual ou grupal, oficinas terapêuticas, acompanhamento psiquiátrico, visitas domiciliares, atividades de orientação e inclusão das famílias e atividades comunitárias.

De acordo com o projeto terapêutico de cada usuário, estes podem passar o dia todo na Unidade, parte do dia ou vir apenas para alguma consulta. Comparecendo todos os dias estarão em regime intensivo, alguns dias da semana em regime semi-intensivo e alguns dias no mês em não-intensivo.

As necessidades de cada usuário e os projetos terapêuticos, compreendendo as modalidades de atendimento citadas e os tempos de permanência no serviço, são decididas pela equipe, em contato com as famílias também, e igualmente as mudanças neste projeto segundo as evoluções de cada usuário.

Como serviços de saúde mental, atendem pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, como psicoses e neuroses graves, buscando amenizar e tratar as crises para que estas pessoas possam recuperar sua autonomia e se reinserir nas atividades cotidianas. Por possibilitar que seus usuários voltem para casa todos os dias, os CAPS evitam a quebra nos laços familiares e sociais, fator muito comum em internações de longa duração.

Existem algumas modalidades de CAPS, de acordo com as diferentes necessidades de cada território: CAPS I - para municípios com populações entre 20.000 e 70.000 habitantes, CAPS II - para populações entre 70.000 e 200.000 habitantes, CAPS III - acima de 200.000 habitantes (este é o único que funciona 24 horas, incluindo feriados e fins de semana), CAPSi - atende crianças e adolescentes (até 17 anos de idade), e CAPSad - atende usuários de álcool e outras drogas cujo uso é secundário ao transtorno mental clínico.

O CAPS II Novos Tempos foi inaugurado em dezembro de 2003, com relativo atraso em referência da própria reforma, e trouxe para o município uma nova perspectiva de atendimento ao PTM, buscando romper o modelo hospitalocêntrico e excludente.

O CAPS II começou seu funcionamento com o objetivo de cumprir o seu papel de serviço substitutivo, atendendo cerca de 350 pacientes tendo em sua maioria ex - internos de hospitais psiquiátricos. O serviço oferece atendimento

médico, consulta psicológica individual e grupal, reunião com o grupo família, ações de Serviço Social e oficinas terapêuticas como: bijuterias, corte e colagem, mais recentemente futebol para os homens (acontece no campo do Banco do Nordeste do Brasil - BNB), autocuidado, reciclagem e outras, conforme a Portaria nº. 336/GM do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a).

Dispositivo de extrema importância dentro do serviço o Grupo de Família é realizado semanalmente, se intercalando em grupo A e B, se configurando em um momento de reflexão acerca da problemática vivida pelos familiares perante as dificuldades encontradas no manejo com o usuário do serviço, as crises, esclarecimentos sobre medicações e outros tantos assuntos compartilhados por pessoas com algo em comum.

O trabalho desenvolvido com a família busca conscientizar a valorização da mesma na parceria ao enfrentamento dos problemas advindos da sua situação psíquica vem propiciar espaço de diálogo e escuta afim de que saíam de um isolamento natural em que muitas vezes se encontra, vem trabalhar também a relação do usuário com seu cuidador e posteriormente a melhor relação com o serviço. Nessa perspectiva Rosa (2003, p. 277) explana que:

Prestar cuidados às pessoas enfermas traduz uma das obrigações do código de direitos e deveres entre os integrantes da família consangüínea. Mesmo que redunde, em algum ganho ou prejuízo econômico, prover cuidado, figura como uma das atividades inerentes a tarefas familiares ou domésticas que, da perspectiva do grupo familiar, foram 'naturalizadas' como próprias da família.

É nessa perspectiva que trataremos no item a seguir a problematização do cuidar/cuidado domiciliar relacionado à complexidade dos transtornos mentais, que carece de uma reflexão mais atenta do serviço junto ao mesmo no que se refere a essa área da saúde mental em que forçam os familiares na busca de estratégias de enfrentamento destas questões que são muitas vezes desconhecidas.

2.3 A importância do cuidador familiar no tratamento do Portador de Transtorno Mental (PTM)

Ao tratar do paciente portador de transtorno mental e o cuidado na família, reporto-me à autora Lucia Rosa (2003), que aborda em sua obra "Transtorno mental e o cuidado na família", a trajetória familiar com o enfermo:

Trajetória esta que se inicia com os grandes investimentos financeiros e emocionais que vão se alterando com o retrocesso no quadro clínico do enfermo e despreparo da família em lidar com o novo contexto (ROSA. 2003. p. 28).

Analisa-se através da referida autora, que a relação da família com o portador de transtorno mental é historicamente construída, tomando como base para o início deste estudo a instituição da sociedade moderna.

A sociedade num modo em geral ainda tem muito preconceito com o PTM e conseqüentemente estigmatiza seu familiar fazendo com que uma única pessoa se torne responsável por aquele membro da família que está doente, sendo na maioria das vezes a mãe, ou outras mulheres, como irmãs, tias ou avós. Conclui-se, pois, que a mulher cuidadora e a família têm papel indispensável no que se refere à consolidação da Reforma Psiquiátrica no país.

A vida familiar faz parte do mundo real das pessoas, este é o primeiro núcleo social em que as pessoas já nascem inseridas. É através deste núcleo, que adquirem valores morais, religiosos e ideológicos. "É na família, mediadora entre indivíduo e a sociedade. que aprendemos a perceber o mundo e a nos situarmos nele. É a formadora da nossa primeira identidade social" (REIS, 1985, p. 99).

Ao estudar as relações familiares junto ao portador de transtorno mental, é necessário estar fundamentando teoricamente o que se entende por família e analisar que processos levam a construção das mesmas. No entanto. É de fundamental importância para o Serviço Social o reconhecimento das bases familiares dos PTM.

A importância que o apoio familiar representa junto ao paciente é uma das garantias de sucesso no tratamento e no cuidado da doença mental da qual é

acometido. De acordo com Bruschini (apud ROSA, 2011), o estudo da família se dá a partir de uma concepção sociológica, e assim é apreendida como o

conjunto de pessoas ligadas por laços de sangue, parentesco ou dependência que estabelecem entre si relações de solidariedade e tensão, conflito e afeto [...] e (se conforma) como uma unidade de indivíduos de sexos, idades e posições diversificadas, que vivenciam um constante jogo de poder que se cristaliza na distribuição de direitos e deveres.

Normalmente, quando procura o serviço psiquiátrico, a família já se encontra em um estado de impotência, exaustão, culpa, desespero. É uma das últimas formas de publicizar uma questão que preferia se tivesse outra opção, resolver no plano privado, uma vez que há muito preconceito enraizado na sociedade.

A Portaria nº 251/GM, de 31 de janeiro de 2002, estabelece diretriz e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria e reclassifica os hospitais psiquiátricos, que passa a ser vislumbrado oficialmente como um dispositivo na mudança nas relações entre os serviços psiquiátricos e a família, haja vista que os cuidadores domésticos, até então, eram percebidos, preponderantemente, das seguintes formas: como informantes; como um recurso episódico ou como uma visita, muitas vezes, inconveniente (BRASIL, 2011b).

A citada portaria prevê, no desenvolvimento dos projetos terapêuticos o preparo para o retorno à residência/inserção domiciliar e uma abordagem dirigida à família no sentido de garantir orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar (quando ocorre) e a continuidade do tratamento no PSF de seu bairro.

Como visto na portaria acima, incluir a família nos seus projetos terapêuticos. A Portaria nº. 251/GM parece restringir o âmbito da abordagem da família/cuidador ao aspecto instrumental da enfermidade e do tratamento. Estabeleceu padrões mínimos de qualidade assistencial, sobretudo, para hospitais psiquiátricos, na abordagem da família (BRASIL, 2011b).

Em estudos atuais, Pegoraro (2008) chama a atenção para o caso brasileiro, onde há o crescimento significativo do número de famílias mono parental, chefiado por mulheres e que apresentam as mais elevadas taxas de empobrecimento pela inserção precária e subordinada da mulher no mercado de trabalho, salientando que normalmente, são as mulheres que cuidam ou se responsabilizam pelos usuários

dos serviços de psiquiatria. Por outro lado deve-se esclarecer que por muitas ocasiões ela deixa de ser cuidadora para ser também usuária dos serviços de saúde mental, fator evidente e revelador da sobrecarga social-cultural a qual ela está exposta.

Para Wanderley (1998), o ato de cuidar não é novo, mas sim a discussão pública acerca da função social do cuidador, fator que deveria dar a pessoa cuidadora nova visibilidade social; vista sua importância para o tratamento, contudo há de concordar que na maioria das vezes esta perspectiva não tem se efetivado na realidade cotidiana e social.

O cuidado tem dois grandes significados importante: como forma de se relacionar e como forma de ser. Para que se possa cuidar de outrem, deve-se primeiro cuidar de si, gostar de si. Mas a realidade mostra uma sobrecarga para com esse cuidado. O cuidado é uma forma de se relacionar com o outro, é um convívio que requer confiança mútua, não sendo necessariamente recíproco (eu cuido de você e você de mim).

Rosa (2003, p. 290) destaca que

prestar cuidado a um PTM adulto, com transtorno mental grave, embora implique uma série de atividades que homogeneizam o cotidiano de diversos cuidadores [podem ser também heterogêneas partindo do pressuposto das] diferentes formas como se manifesta o transtorno mental, que se pode tornar parcial e integralmente dependente de cuidados de outra pessoa.

Na ausência de aliados na função de divisão de tarefas no cuidado, principalmente dentro da rede de parentesco, a hospitalização pode significar um espaço de refúgio às cuidadoras, que, então, transfere a sua função de prestadora de cuidados, por tempo determinado, ao hospital psiquiátrico, como possibilidade de oxigenação, revigoramento de forças, de descanso, sendo estas instituições colocadas como “um lugar de segurança, abrigo, guarda, um lugar que se sabe onde o PTM está [...] tendo a sensação de que está cuidando dele” (ROSA, 2003, p. 321).

Destaca-se, também, que a ausência da divisão do cuidado prestado ao PTM, sobrecarregando seu responsável, e o fato deste estar relacionado como sendo uma responsabilidade, assumidamente, exclusiva do mundo feminino consagra e reproduz a tradicional divisão sexual do trabalho.

Assim, a atividade de cuidar, apoiar e acompanhar um membro da família tende a ser vista pela sociedade como um problema doméstico e a ser desconectada de qualquer mecanismo de proteção que a ampare ou fortaleça (WANDERLEY, 1998, p. 18).

O cuidado para quem o observa de fora não é visto como um trabalho, mas como tarefa de quem não tem trabalho, de quem tem tempo livre, ou está sempre disponível para o cuidado pela afetividade ou pelo direcionamento natural sem uma contextualização social, histórica e cultural, o que acaba sobrecarregando a cuidadora tanto físico, como mentalmente, uma vez que a mesma acaba desempenhando mais de um papel no âmbito doméstico.

Os aspectos relevantes enunciados aqui permitem apontar que se mantém arraigada às construções sociais de gênero, que historicamente associa as atividades da esfera doméstica à responsabilidade exclusiva do universo feminino, a desvalorização e o não reconhecimento do trabalho realizado na esfera privada, ou seja, os serviços domésticos e o cuidado ao PTM, pelas próprias mulheres, fomentam a manutenção da dicotômica relação entre espaço privado e público ratificando a divisão sexual do trabalho.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 A importância do(a) cuidador(a): significados e condições

A ação interventiva se desenvolveu a partir de encontros semanais, nos quais foram abordadas as seguintes temáticas: a) a importância do(a) cuidador(a) no acompanhamento do PTM, bem como sua importância na participação nas ações desenvolvidas no CAPS; b) A concepção do(a) cuidador(a) acerca do CAPS e o serviço social; c) A concepção do(a) cuidador(a) no que tange o processo de reinserção social de seu familiar e; d) avaliações das oficinas pelo cuidador(a).

Pereira (2002, p. 254) relaciona as fragilidades apresentadas pela família cuidadora do PTM e a atuação que o assistente social deve ter diante desta demanda:

É importante que os profissionais da área de saúde mental, de modo especial os assistentes sociais em sua intervenção junto à família, atendem para esta realidade, para que propiciem àquelas possibilidades de superar as dificuldades vividas no convívio com o membro portador de transtorno mental, dividindo com eles o tempo de cuidar, através da oferta de serviços de atenção psicossocial diário, oferecendo-lhe o apoio necessário dos serviços para lidar com o estresse do cuidado e convidando-o a participar da elaboração dos serviços e de sua avaliação (e aqui não só a família, como também os próprios usuários).

Fica claro que como em qualquer campo de trabalho do assistente social, a sua atuação não deve limitar-se ao atendimento isolado de determinado segmento, mas deve haver a compreensão das relações sociais em que o sujeito está inserido, sendo o espaço familiar um dos aspectos a serem priorizados para que haja continuidade das ações realizadas.

As reuniões ocorreram entre 14/09/2011 a 11/11/2011 no CAPS II Novos Tempos, no bairro do Catolé, sempre no horário das nove horas juntamente com os familiares. Num primeiro encontro foi apresentada a proposta do projeto de maneira a esclarecer todas as dúvidas a respeito do que iria se tratar o projeto, sua importância, os objetivos, metodologia e motivos pelo quais o grupo família havia sido escolhido.

Nota-se que muito além de prover cuidado, o(a) cuidador(a) deixa de lado seus compromissos, anulando suas vontades e necessidades em prol de sanar a dependência do familiar doente, deixando claro que o processo de desinstitucionalização é válido quando se presta assistência também à família, esta precisa aprender a coexistir em um mesmo espaço com uma pessoa carente de cuidado. No entanto, tem a sua vida para organizar, seus compromissos, suas aspirações e desejos, como fica evidenciado nas falas a seguir:

É, mas infelizmente quando tem uma pessoa só é ruim também como eu falei, como é que eu vou só cuidar deles e eu? Então quando eu preciso fazer alguma coisa vou deixar aonde, com quem? Como? (C1).

Meu filho depende totalmente de mim, tem dia que é muito pesado, porque é um fardo que ninguém da casa quer dividir, então tudo que eu faço eu faço na companhia dele, passear, tudo, tudo, mas quando tá em crise agente se desespera em casa e tem que internar [...] (C3).

Eu sou a principal cuidadora dela, por que sou eu que venho aqui pra essa reunião, vou pegar o remédio, dá um trabalho, tem que agente têm muita paciência né minha gente, porque todo mundo aqui sabe que agente deixa de cuidar da gente, pra cuidar deles, é uma batalha muito grande, sem fim (C5).

Evidencia-se também nas falas abaixo a necessidade que os(as) cuidadores(as) têm de receber orientação, de contar com um suporte social organizado e preparado para atender as suas demandas e apoio para que consigam enfrentar as situações referentes ao comportamento inadequado apresentado por seu familiar. A inserção da família em grupos de familiares, nos quais os fatores complexos relacionados a esta situação são discutidos é benéfica no sentido de mostrar-lhes que não estão sozinhos na tarefa de cuidar e que as dificuldades enfrentadas também são pertinentes às demais famílias que convivem com o tratamento psíquico, sofrendo diretamente com os momentos de exacerbação dos sintomas da doença mental, além de cuidados pessoais e fiscalização da medicação.

A gente tem dó dele, ele é quietinho. dou remédio.. ajudo a dar banho, seco (C11).

Tem dia eu não consigo nem ir no banheiro por causa dela, ela fica muito agitada, ela sai [...] perigoso se machucar, puxar fio de luz, o que tiver na frente [...] ela fica assim quando não quer tomar o remédio, eu sou obrigada a colocar dentro da comida, do suco, de qualquer coisa que ela for comer... Quando ela acha que tá boa ela não come nada feito pela minha mãe porque ela sabe que tem remédio dentro, aí ela vai pra pia fazer do jeito dela, aí pronto vem uma crise de novo, e quem sofre é minha mãe e eu (C7).

Às vezes eu sou é obrigado a botar ele no chuveiro sem querer tomar banho, é uma peleja só, porque sou cuidadora da minha mãe já idosa, da minha irmã e do meu marido, então eu to aqui morta de cansaço minha filha, por que é três pessoa esquecida pelos filhos, só eu mesmo que quis, agente que apega em Deus e pronto (C10).

Nesta perspectiva Rosa (2003, p. 285) assevera que:

[...] A mulher é, então, pressionada socialmente a tomar para si o encargo que com freqüência assume como desejo, embora tenha relativa autonomia para renunciar a ele, o que raramente ocorre, posto que a expectativa da maternidade seja ainda traduzida como sendo o cerne da identidade feminina.

Todos os depoimentos juntamente com a citação exposta ratifica a importância das cuidadoras, o que afirma o conceito de que a mulher é vista na sociedade como principal responsável no cuidado do lar.

3.2 A concepção do(a) cuidador(a) acerca do CAPS e do Serviço Social

Num terceiro encontro, foi feita uma sala de espera em que foi abordado o serviço prestado pelo CAPS e o Serviço Social, ficou evidenciada a importância do serviço junto aos mesmos. Essa importância fica clara nos depoimentos a seguir:

O grupo família é muito importante pra todos da minha casa, por que agente aprende com as vivencias e experiências das outras pessoas, e aprende a lidar com ele (C2).

É ótimo, porque melhorou o comportamento dele dentro de casa (C4).

Maravilhoso pelo aprendizado. É muito bom quando a Dr^a vem falar e explicar coisas a gente, isso é uma coisa de Deus minha filha (C5).

Aqui no grupo família agente conversa com outras mães que entende agente, porque elas passam a mesma coisa que agente né? (C8).

Muitos dos(as) cuidadores(as) vêem o grupo família como uma troca de experiências entre eles, como visto nas respostas anteriores, como se ouvir a história do outro o fizesse perceber que ele não é o único cuidador de um PTM.

Vê-se uma avaliação positiva do CAPS, pois como mostra os depoimentos, é um espaço onde a troca de experiência é de grande valia, o bom atendimento do serviço, a preocupação por parte dos técnicos de referência, e a própria melhora do usuário advindo das oficinas terapêuticas.

No que se refere ao CAPS e ao serviço social, Bisneto (2007) afirma que os CAPS trouxeram uma vasta demanda para o campo dos Assistentes Sociais, pois possuem uma equipe constituída por diferentes profissionais, como na ratificação abaixo:

Esses serviços necessitam da participação do Serviço Social em proporção maior do que na internação [...] o Movimento de Reforma Psiquiátrica vem trazer uma abertura muito grande para a atuação do Serviço Social em saúde mental devido à formação social e política dos assistentes sociais (BISNETO, 2007, p. 37).

Embora toda a equipe multiprofissional atue com um objetivo em comum, destaca-se o trabalho do assistente social no sentido da compreensão e fortalecimento das relações sociais e vínculos familiares do PTM, algo que perpassa o processo de saúde-doença, sendo uma das principais metas dos CAPS. Essa questão vem corroborar o que Iamamoto (1998, p. 22) coloca em relação à abordagem profissional do serviço social, a qual supõe apreender a chamada “prática profissional” profundamente condicionada pelas relações entre o Estado e a sociedade civil, ou seja, pelas relações sociais entre as classes no âmbito institucional.

3.3 A concepção do(a) cuidador(a) no que tange o processo de socialização do sujeito

Por fim, ao ser abordado o tema “a importância do (a) cuidador (a) para ressocialização do sujeito”, ficou claro que os mesmos sabem de sua importância no cuidado para com seus familiares e mesmo que carregue esse cuidado sozinho, eles ainda demonstram esperança na melhora de seus entes.

Atualmente, a Política de Saúde Mental no Brasil vincula-se às dimensões teórico-metodológicas do paradigma de Reforma Psiquiátrica e, concordando com Brêda et al (2005), as concepções e práticas de saúde nesse paradigma não comportam mais um olhar fragmentado do sujeito, visualizando apenas a doença. Para tanto, defende-se uma nova forma de pensar o processo saúde/doença

mental/cuidado, fortalecendo a substituição da concepção de doença pela de existência-sofrimento. Isso significa que:

[...] deixamos de nos ocupar da doença e nos ocupamos dos sujeitos. O tratamento e a instituição do cuidado deixam de significar apenas a prescrição de medicamentos, a aplicação de terapias, para tornar-se um ocupar-se cotidiano do tempo, do espaço, do trabalho, do lazer, do ócio, do prazer, do sair, da organização de uma atividade conjunta (AMARANTE 1999, p. 49).

A força desse paradigma está no encontro com as pessoas que fazem o lugar, a fim de construir algo por meio de um diálogo verdadeiro, o que significa investir em políticas de saúde que ofereçam uma nova forma de atenção mais complexa, pautada no respeito, na subjetividade dos sujeitos envolvidos, na valorização do cuidar e na adoção do território como espaço social de busca constante do pleno exercício de cidadania de portador de transtorno mental e de seus familiares (CABRAL et al, 2000).

Esse entendimento vem notadamente expresso nas falas a seguir:

Eu sendo a principal cuidadora dele, sei que eu vindo pra essas reuniões ele vai melhorar, por aqui no CAPS eu aprendo mais a lidar com ele, facilita nos dias difícil (C2).

Depois que agente tá vindo pra cá, ele nunca mais ficou internado, e eu me acho importante no tratamento dele porque é agente que tá no dia-a-dia com ele, não é a enfermeira nem ninguém, então eu aprendi muito a respeitar os limites de meu filho (C3).

Tomo conta do meu irmão desde sempre, ele é como um filho pra mim tenho a curatela dele e em cada reunião dessas agente sai c esperança de um dia acordar e tá tudo normal, sem doença nenhuma, então eu sei de minha importância na vida dele, no tratamento e na melhora e quem sabe, né meu amor um dia na alta (choro) (C4).

No atual contexto da assistência psiquiátrica, a família como espaço privilegiado para a prática do cuidado precisa ser inserida de forma efetiva nas discussões do novo paradigma de assistência em saúde mental, vista como uma facilitadora no processo de reinserção social do portador de transtorno mental. Mais do que uma aliada na efetivação do modelo psicossocial emergente, ela deve ser

encarada como foco de intervenção, para que seus anseios sejam acolhidos e sua sobrecarga minimizada.

As famílias precisam ser ouvidas, ter sua realidade/sofrimento compreendida e acolhida, quando, muitas vezes, solicita a internação do familiar doente não é por não amá-lo ou por fugirem da responsabilidade de, enquanto família, atender as necessidades de seus integrantes. Isso se dá porque não agüentam mais a convivência que, aos poucos, vai se tornando insustentável, difícil e desgastante, o que ressalta a importância de serem orientadas e apoiadas.

Os encontros feitos se tornaram um momento muito rico, uma troca de experiência bastante interessante e nesse penúltimo encontro, foi abordada que o cuidado vai além de dar o banho, remédio, mas também de buscar e torcer pela ressocialização de seus entes, lhes mostrarem que aquela não é uma relação de simbiose, o PTM vive através da vida do(a) cuidador(a), e o cuidador(a) vive nas limitações que o PTM lhe permite.

Se um dia chegar a faltar não sei o que será dá vida dele (C3).

Olhe minha filha, eu nunca abri mão de nada por causa da doença de minha filha, mas é uma dependência tão grande, que se um dia eu faltar eu nem sei como é que ela vai ficar agente torce pra eles melhorar, ela agora tá até indo pra escola, a única em Campina que aceitou a limitação dela, então assim, se eu morrer ela não vai dá conta de ir sozinha, meu trabalho foi todo em vão né? (C2).

Nota-se nas falas acima uma hiper-vigilância do que está associada a intenso nível de fusão – simbiose, entre o(a) cuidador(a) e o PTM. Há uma abnegação, uma preocupação que aparece como um sentimento introjetado entre os(as) cuidadores(as), que assumem o provimento de cuidado como um destino imutável, que os leva a se preocuparem e quererem administrar o futuro do PTM até mesmo após sua morte.

O depoimento abaixo sinaliza a preocupação do(a) cuidador(a) em perder o Benefício de Prestação Continuada (BPC).

Meu filho quer voltar a trabalhar como pedreiro, mas eu não vou deixar senão agente perde a aposentadoria (BPC) (C4).

Olhe filha, essa coisa de reinclusão, de alta é muito boa sabe, mas por outro lado não é bom não, sabe por quê? Porque aí ele tem alta, o INSS acha que ele já tá bom e vem e corta a “aposentadoria” da gente, depois ele piora de novo e aí quem vai colocar comida na mesa? Você, o prefeito, não ninguém liga pra ninguém não minha filha (C9).

Eu venho acompanhar meu filho aqui, mas eu ando tão cansada, que às vezes dá vontade de não trazer mais ele pra cá, mas aí agente pensa no remédio, na consulta, na aposentadoria, mas é bem difícil, só agente pra saber mesmo (C12).

Emocionalmente, as pessoas que convivem com a realidade do transtorno mental encontram-se esgotadas, pela privação do sono ou pelo fato de não suportarem mais as implicações que essa convivência gera. Pode-se reconhecer a presença dessa sobrecarga nas falas a seguir:

Nossa eu acho que to ficando louca também junto com ele (C9).

Minha filha, depois que meu marido adoeceu, e ficou essa criança que ele é hoje até eu já to tomando remédio controlado porque to com síndrome do pânico, então eu além de cuidadora sou também usuária de remédio pra os nervos, então quando aparece um problema agente coloca Deus na frente (C6).

Minha gente eu to tão esgotada com essa situação toda que eu peço a Deus uma pessoa pra me ajudar na lida do dia-a-dia (C11).

Analisando o desgaste emocional dos cuidadores, citados acima, se vê a dimensão que têm sobre vida do mesmo a própria falta de cuidado e de ajuda visto que o ser humano é um ser biológico, emocional e social, o que acontece em qualquer dessas esferas reflete-se no todo. Esta, talvez seja a sobrecarga que mais compromete a qualidade de vida dos integrantes da família que convivem com o sofrimento mental, por interferir e implicar diretamente num processo de adoecimento desses e esmorecimento de suas estratégias de enfrentamento, as quais precisam ser trabalhadas para fortalecer os vínculos e a capacidade de prover o cuidado da família e não somente do PTM.

Assim, a atividade de cuidar, apoiar e acompanhar um membro da família, “[...] tende a ser vista pela sociedade como um problema doméstico e a ser

desconectada de qualquer mecanismo de proteção que a ampare ou fortaleça” (WANDERLEY, 1998, p.18).

O cuidado é apontado pelas pesquisadas, não como um trabalho, mas como tarefa de quem não tem trabalho, de quem tem tempo livre, ou está sempre disponível para o cuidado pela afetividade ou pelo direcionamento natural sem uma contextualização social, histórica e cultural.

Todo mundo de casa trabalha, aí como eu sou a mãe né, eu que cuido dela (C1).

Vê-se na sociedade a naturalização das formas de dominação que atribuem às mulheres o papel social de responsáveis pelos cuidados dispensados à prole, ao cônjuge e à casa, cabendo aos homens o papel de provedor.

Além deste aspecto cultural que desvaloriza e invisibiliza o cuidado, marginaliza-o e o mantém na esfera privada, acarreta repercussões econômicas e sociais ao longo da existência feminina. Com o envelhecimento, a mulher passa de cuidadora a demandatária de cuidados, ou seja, segundo Saraceno (1995), a divisão entre a responsabilidade pública e responsabilidade privada relacionadas com as necessidades e com os direitos a serem reconhecidos fundamentam-se na divisão do trabalho entre os sexos que são percebidos através do sistema de garantias sociais.

Em menção a essa divisão social, Wanderley (1998, p. 18) também ressalta:

Sem espaço próprio e reconhecimento da sociedade, o cuidador tende ao isolamento no interior do núcleo familiar e na problemática de suas relações cotidianas, situação que se agrava frente às condições de precarização material e social.

Como explanada na citação acima, a participação social parece estar associada ao cansaço acumulado de tantos anos de dedicação ao cuidado do PTM, que se torna desgastante, bem como a relação com o envelhecimento deste grupo, que fez menção a necessidade de serem cuidados também. Abre-se a perspectiva de um investimento mais significativo e de abrangência para o cuidado com os(as) cuidadores(as).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar o papel que o(a) cuidador (a) ocupa no tratamento/acompanhamento no cotidiano da pessoa portadora de transtorno mental no CAPs II “Novos Tempos”, pode-se considerar que a importância que o mesmo ocupa nesse processo. Os resultados expressos neste trabalho permitiram dimensionar o tamanho do peso que as atividades de cuidados realizados a partir do lar têm na vida dos mesmos. Não se pretendeu com o presente projeto apresentar a família como vítima da situação, mas ressaltar a importância dos mesmos frente à ressocialização do usuário, mostrar ainda a necessidade do serviço em prover mais suporte para os(as) cuidadores(as), inseridos de forma efetiva nas discussões do novo paradigma de assistência em saúde mental, vista como uma promotora no processo de reinserção social do portador de transtorno mental.

Mais do que uma aliada na efetivação do modelo psicossocial emergente, ela deve ser encarada como foco de intervenção, para que seus anseios sejam acolhidos e sua sobrecarga minimizada. É importante inserir as famílias em grupos de familiares nos serviços comunitários de saúde mental, bem como prestar esclarecimentos sobre o comportamento, a sintomatologia e o tratamento da enfermidade, sobre o uso dos psicofármacos e os efeitos colaterais dos mesmos, realizarem muito mais do que visitas domiciliares para conhecer a realidade da família e fazer com que esta não se sinta sozinha. Mas sim se sentirem seguras e capazes de agirem de maneira adequada em relação aos sintomas apresentados pelo portador de sofrimento psíquico. Uma vez que os mesmos relataram se sentirem inseguros mediante as crises.

Os vínculos entre família e usuário de saúde mental necessitam ser alicerçados numa relação sincera e de respeito, onde a singularidade e individualidade de todos sejam preservadas, de forma que os primeiros não se sintam sobrecarregados, e os usuários possam efetivamente resgatar sua cidadania e sua autonomia em uma relação terapêutica e de cuidado.

Levando em consideração que amor e respeito são sentimentos que nos impulsionam sempre a algo melhor e maior, é possível aos profissionais de saúde mental ampliarem suas estratégias de atuação junto aos cuidadores, de modo a contribuírem com a construção de sujeitos mais críticos e criativos, que possam contribuir com a luta pela construção de uma melhor Política de Saúde Mental.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo (Org.) **Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

AMARANTE, Paulo (Org.). **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Panorama/ENSP, 1995.

AMARANTE, Paulo. Manicômio e Loucura no final de século e do milênio. In Fernandes MI (org.). **Fim de século: ainda manicômios?** São Paulo: IUSP, 1999.

BISNETO, José Augusto. **Serviço social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Antigo Projeto de Lei Paulo Delgado. **Diário Oficial da União**, Brasília, 6 de abril de 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 336/GM, em 19 de fevereiro de 2002**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>> Acesso em: 22 out. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 251/GM, em 31 de janeiro de 2002**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/GM251-diretrizes%20e%20normas%20para%20assist.hosp.psiquiatria.pdf>> Acesso em: 22 out. 2011b.

BREDA, M. Z et al. **Dois estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2005, vol.13, n.3, pp. 450-452. ISSN 0104-1169.

CABRAL B. et. al. Estação Comunidade. In: LANCETTI, A (org.). **Saúde Loucura 7 - Saúde Mental e Saúde da Família**. São Paulo (SP): Hucitec; 2000.

COSTA, Jurandir Freire. **A história da psiquiatria no Brasil**. 3. ed. Rio de Janeiro: Campos, 1980.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura**. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1978.

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 4.ed. São Paulo: 1998.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_sinopse.shtm> Acesso em: 20 out. 2011.

PEGORARO, Renata Fabiana; CALDANA, Regina Helena Lima. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, jun. 2008.

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

REIS, José Roberto Tozoni. Família, emoção e ideologia In. LANE, S. T. M.; CODO, W. (Org.) **Psicologia social o homem em movimento**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: BEZERRA JÚNIOR, B. **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis, Vozes, 1987. Cap.1, p.1-73.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. A família como usuária de serviços e como sujeito político no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. In: VASCONCELOS, E. M. et al (Coord.). **Manual de ajuda e suporte mútuos em saúde mental**. Rio de Janeiro, Projeto Transversões, ESSUFRJ, 2011.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

SARACENO, Chiara. A dependência construída e a interdependência negada: estrutura de gênero e cidadania. In. BONACHHI, G. E.; GROPPPI, A. (Orgs). **O dilema da cidadania**. São Paulo: UNESP, 1995.

SILVA, Valmir Adamor. **A história da loucura: em busca da saúde mental**. Rio de Janeiro: Tecnoprint, 1977.

WANDERLEY, Mariângela Belfiore. **Publicização do papel do cuidador domiciliar**. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1998.